Universidade de Lisboa

Faculdade de Motricidade Humana

Psicomotricidade e Terapias Expressivas: Contributo para o Bem-Estar e Qualidade de Vida em jovens, adultos e idosos

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Paula Lebre

Tomás dos Santos Pereira

Outubro de 2018

Agradecimentos

Quero desde já deixar aqui um enorme obrigado a todos os que me apoiaram e permitiram a conclusão de mais uma das muitas etapas na minha vida académica, que fica aqui marcada com a realização deste relatório.

Um obrigado à Professora Doutora Paula Lebre, por todo o apoio prestado ao longo de todo este ano letivo, pela ajuda e conselhos fornecidos para a realização deste relatório, por tornar exequíveis estas atividades de estágio e pela incansável luta para a existência de melhores condições e manutenção dos projetos.

Um obrigado à Doutora Emília Prudêncio, pelo amável acolhimento, pelo trabalho que desempenha na promoção da igualdade de oportunidades para todos e pela luta para a manutenção dos projetos.

Um especial obrigado à Psicomotricista Soraia Juma, por todo o apoio e orientação prestados ao longo do ano, pela preocupação e presença constante, pelos feedbacks que me ajudaram a desempenhar melhor as minhas funções, pela boa disposição independentemente do cansaço e das dificuldades, bem como pelo enorme coração e bondade que tem para com toda a gente.

Um obrigado às minhas colegas de estágio de 1º ciclo, Inês Beles e Mariana Biscoito, por toda a ajuda ao longo do ano, pelo ótimo trabalho em equipa que desempenhámos e por todos os momentos de diversão fora do contexto do estágio.

Um obrigado a todos os participantes dos projetos, sem os quais nada disto seria possível. Obrigado pela boa disposição e por fazerem cada dia valer a pena, apesar de cansativos.

Um obrigado à minha família, por tornarem todo este percurso possível e pelo apoio ao longo de todo o ano letivo. E um obrigado à minha namorada pelo apoio e paciência para me aturar.

A todos, o meu muito obrigado.

Resumo

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana. Inclui toda a intervenção nos projetos "Dança & Gira" e "Aventur.ar.te" da Câmara Municipal de Almada ao longo do ano letivo 2017/2018. Tendo como base a avaliação realizada no início e ao longo do ano, a intervenção teve como população-alvo jovens, adultos e idosos em sessões de contexto de grupo. Primeiramente será apresentada a caracterização da instituição de acolhimento e respetivos projetos e, de seguida, à caracterização de todas as instituições parceiras, perturbações com as quais tive contacto (Demência, Dificuldade Intelectual, Síndrome de Down, Spina Bífida e Paralesia Cerebral) e conceitos importantes. Após o contacto com os participantes e avaliação foram definidos os objetivos para os vários grupos (à exceção dos grupos de jovens e adultos do projeto "Dança & Gira"). Por fim são analisados os resultados com vista a perceber se os projetos são benéficos ou não na promoção da qualidade de vida dos participantes. O relatório termina com uma conclusão e reflexão pessoal, com a apresentação das limitações sentidas ao longo da intervenção.

Palavras-chave: Câmara Municipal de Almada, Dança & Gira, Aventur.ar.te, Avaliação, Intervenção Psicomotora, Terapias Expressivas, Estágio, Qualidade de Vida.

Abstract

This report was developed within the final Internship, Psychomotor Therapy's Master of Faculdade de Motricidade Humana. The report includes all the intervention on the Câmara Municipal de Almada projects, "Dança & Gira" and "Aventur.ar.te, throughout the academic year 2017/2018. Based on the assessment made in the beginning and throughout the year, the intervention was established for young people, adults and elderly people in a group context. Firstly, it will be presented the characterization of the main institution and it's projects, and afterwards, the characterization of all the partner institutions, developmental disorders which I had contact with (Dementia, Intelectual Disability, Down's Syndrome, Spina Bifida e Cerebal Palsy) and some important concepts. After the first contact with the participants and it's assessment, the main goals were defined for the several groups (except for the groups of young people and adults of the project "Dança & Gira"). Lastly the results will be analyzed to understand if the projects are beneficial or not on improving the participants quality of life. The report ends with a conclusion and personal reflection, being presented the main limitations felt throughout the intervention.

Keywords: Câmara Municipal de Almada, Dança & Gira, Aventur.ar.te, Assessment, Psychomotor Intervention, Expressive Therapies, Internship, Quality of Life.

Índice Geral

Índice de Tabelas

Índice de Figuras

Introdução

O presente relatório foi realizado no âmbito das Atividades de Estágio, pertencente ao plano de estudos do 2º ano do mestrado em Reabilitação Psicomotora na Faculdade de Motricidade Humana, tendo sido orientado pela Professora Doutora Paula Lebre e pela Psicomotricista Soraia Juma.

Inicialmente será apresentado um enquadramento institucional, com algumas informações sobre a Câmara Municipal de Almada e dos seus projetos (Dança & Gira e Aventur.ar.te) e instituições com que decorreu o processo de intervenção, seguido de um enquadramento teórico, onde será brevemente abordada a psicomotricidade, as perturbações dos estudos de caso com que tivemos a oportunidade de intervir, aspetos relacionados com a abordagem grupal característica das sessões e aspetos no âmbito das terapias expressivas.

Posteriormente, serão apresentadas informações relacionadas com a componente prática da atividade de estágio e trabalho desenvolvido ao longo de todo o ano letivo, nomeadamente aspetos relacionados com o processo de intervenção ao longo do ano, instrumentos de avaliação utilizados e apresentação dos estudos de caso (resultados da aplicação dos instrumentos e respetivo tratamento, bem como os objetivos definidos para cada um dos grupos). Serão portanto apresentadas com detalhe as informações referentes aos dois grupos que tive como estudos de caso (Centro Social Paroquial Padre Ricardo Gameiro e Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental).

Finalizando o trabalho será feita uma conclusão e reflexão pessoal relativa à experiência enquanto estagiário e a todo o percurso ao longo deste ano, sendo referidas as limitações que a equipa técnica sentiu relativamente a alguns aspetos importantes.

Em anexo são apresentados os documentos relativos à calendarização e horário, relatórios de sessão realizados, instrumentos de avaliação utilizados e resultados.

Enquadramento da Prática Profissional

No presente capítulo será caracterizada a Câmara Municipal de Almada, respetivos projetos e instituições parceiras, bem como serão abordados aspetos relacionados com a psicomotricidade, perturbações dos indivíduos com os quais se interveio e alguns conceitos relacionados com os projetos, para uma melhor compreensão do contexto no qual se concretizou a intervenção.

1 Caracterização Institucional da Câmara Municipal de Almada

A Câmara Municipal de Almada (CMA) é um órgão autárquico cuja estrutura está organizada segundo vários Departamentos, Divisões, Serviços e Gabinetes. Os projetos Dança e Gira e Aventur.ar.te são desenvolvidos pelo Departamento de Intervenção Social e Habitação, mais concretamente na Divisão de Intervenção e Integração Social (DIIS), como indicado no organograma da CMA - **Anexo A** (Câmara Municipal de Almada, 2009).

O documento denominado "Opções do Plano e Orçamento 2018" serve como um guia para a intervenção nas diversas áreas, onde são referidas as linhas orientadoras, atividades e onde estão apresentados os respetivos orçamentos. As linhas de orientação do plano da CMA 2018 estão inseridas em dez eixos de desenvolvimento: Solidariedade, Inclusão e Habitação; Educação, Qualificação e Conhecimento; Artes, Cultura e Criatividade; Transportes, Mobilidade e Acessibilidades; Economia, Inovação e Turismo; Ambiente, Espaço Público, Espaços Verdes, Energia, Clima e Sustentabilidade; Planeamento Estratégico, Gestão e Ordenamento do Território; Desporto e Juventude; Governança, Serviços Públicos e Cidadania; Freguesias, Descentralização e Proximidade (Câmara Municipal de Almada, 2018).

No eixo 1 (Solidariedade, Inclusão e Habitação), encontramos a linha de orientação 1.1 (Prevenção e Intervenção Social). O projeto Dança & Gira (idosos) apresenta-se enquanto atividade que faz cumprir o objetivo 1.1.4.1 "Prevenir o isolamento de pessoas

com patologias de qualquer ordem ao nível da memória, da demência ou da saúde mental, designadamente através da disponibilização de mecanismos de suporte aos seus cuidadores". Os projetos Dança & Gira (jovens e adultos) e Aventur.ar.te são atividades que cumprem o objetivo 1.1.7.3 "Impulsionar projetos e atividades sociocomunitárias com as instituições a operar na área da deficiência, nomeadamente, os projetos "Dança e Gira" "Aventur.ar.te", "Fins de semana diferentes", "Arte e Criatividade", e a Comemoração do Dia Internacional da Pessoa com Deficiência" (Câmara Municipal de Almada, 2018).

Esta autarquia tem como objetivo responder às necessidades da população, promovendo os valores da cidadania e igualdade de oportunidade entre todos os cidadãos, promovendo junto de todas as pessoas do concelho a oportunidade de participar de forma ativa na sociedade (Câmara Municipal de Almada, 2009).

A CMA promove dois projetos acima identificados, Dança & Gira e Aventur.ar.te em parceria com instituições do Concelho e com o apoio da Faculdade de Motricidade Humana.

1.1 Os Projetos

O projeto Dança & Gira e o projeto Aventur.ar.te constituem-se como formas de intervenção direcionadas para indivíduos com incapacidade (por deficiência ou por perturbação mental), tendo como principais objetivos o aumento da funcionalidade, melhoria da qualidade de vida e bem-estar (Juma, 2017a).

1.1.1 Dança & Gira

O projeto Dança & Gira iniciou-se no ano 2000, e dirige-se a jovens, adultos e idosos, que estejam institucionalizados no concelho de Almada (Juma, 2017a).

Segundo Juma (2017), em 2017 o número de participantes inscritos foi de 123, distribuídos por 11 grupos. Neste mesmo ano, foi acrescentado um formato para idosos com demência, que reforça o papel da reabilitação psicomotora na estimulação dos domínios cognitivo, socioemocional e motor, promovendo o bem-estar e qualidade de vida dos participantes (Juma, 2017a).

Este projeto tem como objetivo aumentar a sua funcionalidade através de uma intervenção direcionada não só ao indivíduo como também ao contexto envolvente (físico, social e económico) (Juma, 2017a), visando a capacitação do indivíduo. Através da prática psicomotora e do uso da música e da dança pretende-se contribuir para a manutenção e promoção das competências psíquicas, físicas e sociais, do bem-estar e, a longo prazo, melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Complementarmente, é privilegiada a interação com a comunidade e a participação da mesma, aumentando deste modo o nível de inclusão social.

O projeto atua na comunidade local, possibilitando a aproximação destes indivíduos à comunidade, não só através da utilização de espaços comunitários como também através de convites regulares a grupos e individualidades da comunidade Almadense, contribuindo para uma maior sensibilização e aceitação por parte da comunidade, de forma a haver uma mudança. Para além de se destinar a estes indivíduos e à comunidade em geral, o projeto tem como objetivo estabelecer uma relação de proximidade com as famílias dos mesmos, através de sessões abertas e encontros (Juma, 2017a).

A dança surge como uma estratégia de intervenção primordial, apoiando o envolvimento e prazer dos participantes bem como a descoberta, manutenção e/ou desenvolvimento de competências motoras, socio emocionais e cognitivas através de atividades de relaxação, consciencialização corporal e exploração postural e do movimento (Juma, 2017a).

O modelo de intervenção do projeto Dança & Gira baseia-se num formato orientado para a ação (Juma, 2017b). Segundo Probst, Knapen, Poot & Vancampfort (2010), uma intervenção orientada para a ação enfatiza especialmente o desenvolvimento de competências mentais e físicas, promovendo o desenvolvimento pessoal. Assim, baseia-se na promoção de aprendizagens, desenvolvimento de competências, treino e prática psicomotora, sensoriomotora, percetiva, cognitiva, social e emocional.

1.1.2 Aventur.ar.te

O Projeto Aventur.ar.te iniciou-se no ano 2000, e dirige-se a jovens e adultos entre os 16 e os 50 anos, do concelho de Almada, que estejam institucionalizados, ou não, e que sejam autónomos a nível de mobilidade (Juma, 2017b).

Este projeto destina-se a pessoas com incapacidades (por deficiência ou doença mental), com possibilidade de existir problemas a nível comportamental associados. Este projeto tem como principais objetivos aumentar a funcionalidade dos indivíduos na gestão social, a promoção de competências socio-emocionais e para o lazer, bem como promover uma participação autónoma na sociedade, a nível recreativo, desportivo e cultural, recorrendo a diversas estratégias tais como jogos, dinâmicas de grupo e mediação baseada na experiência. Estas atividades, apesar de apresentarem um caráter lúdico, pretendem desenvolver nos indivíduos comportamentos socialmente aceites, assim como autonomia na tomada de decisões, sendo privilegiada a partilha de novidades, ideias e opiniões entre os participantes (Juma, 2017b).

Tal como o projeto Dança & Gira, o Aventur.ar.te pretende promover o bem-estar e, a longo prazo, melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, na medida em que privilegia uma interação com a comunidade e a participação da mesma no projeto, aumentando deste modo o nível de inclusão social (Juma, 2017b).

O projeto visa a capacitação do indivíduo, sendo utilizada uma intervenção complementar para a manutenção que promova, quando possível, o desenvolvimento das competências psíquicas e sociais (Juma, 2017b).

Para além de se destinar a estes indivíduos e à comunidade em geral, o projeto tem como objetivo estabelecer uma relação de proximidade com as famílias dos mesmos, através de sessões abertas e encontros, tal como no projeto anteriormente referido (Juma, 2017b).

O modelo de intervenção utilizado no projeto Aventur.ar.te baseia-se num formato orientado pela experiência, visto que promove a expressão e regulação de emoções, de tolerância à frustração, melhoria da orientação para a realidade e da interação social, aumento da autoconfiança, entre outros. Ao participar ativamente em atividades físicas que envolvam movimento os participantes experienciam várias emoções e sentimentos, pensamentos negativos e positivos (Probst et al, 2010).

2 Caracterização das Instituições

Qualquer um dos dois projetos em que estive inserido, Aventur.ar.te e Dança & Gira, trabalham em parceria com múltiplas instituições. Seguidamente será apresentada uma breve caracterização de cada uma das instituições com que tive oportunidade de trabalhar durante o este ano letivo.

2.1 Alma Alentejana

A Alma Alentejana, uma Associação para o Desenvolvimento, Cooperação e Solidariedade Social, foi fundada por uma família alentejana a 13 de Abril de 1996, tendo-se tornado mais tarde uma Instituição Particular de Solidariedade Social (Alma Alentejana, 2012).

A Associação presta apoio através de cinco equipamentos distintos, nomeadamente o Centro de Dia do Laranjeiro, o Centro de Convívio da Cova da Piedade, o Centro de dia do Pragal, o Centro de convívio da Trafaria e o Serviço de Apoio Domiciliário (Alma Alentejana, 2012).

A população à qual presta apoio é bastante heterogénea em relação a múltiplos aspetos, nomeadamente às patologias atendidas, faixa etária dos seus utentes[1], origem e percursos de vida, bem como aos serviços de que estes podem beneficiar. Relativamente às patologias, a grande maioria diz respeito a doenças neurodegenerativas e mentais (informação fornecida pela instituição).

2.2 Associação Grupo Intervenção e Reabilitação Ativa (GIRA)

A Associação GIRA é uma IPSS que foi fundada por familiares e amigos de pessoas com doença mental em 1995, tendo como missão principal a promoção da reabilitação e inclusão de pessoas com doença mental na comunidade e visando o desenvolvimento de uma

[1] Foi decidido utilizar o presente termo para estar de acordo com a linguagem utilizada pelas instituições

sociedade inclusiva onde estes indivíduos consigam ter o máximo de qualidade de vida possível (GIRA, s.d.).

Destina-se então a pessoas adultas que se encontrem em situações de desvantagem psicossocial, transitória ou permanente, consequência de uma doença psiquiátrica grave mas clinicamente estabilizada (GIRA, s.d.).

O seu principal objetivo é melhorar o funcionamento dos utentes para que estes sejam capazes de ter sucesso, sendo o apoio técnico fornecido reduzido com o passar do tempo. Assim, apoiam indivíduos que, pela sua condição ao nível da saúde mental, se encontram em risco de exclusão social, promovendo a sua reabilitação e inclusão (informação fornecida pela instituição).

2.3 Associação Almadense Rumo ao Futuro

A Associação Almadense Rumo ao Futuro é uma IPSS que foi fundada em 1990 e sediada na Charneca da Caparica, com o objetivo de prestar apoio a jovens e adultos com deficiência e respetivas famílias, tendo sido fundados (respetivamente) em 1999 e 2010 o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) e o Lar Residencial (Associação Almadense Rumo ao Futuro, s.d.).

O Centro de Atividades Ocupacionais está destinado a pessoas com deficiência e incapacidades graves, entre os 20 e os 60 anos, que apresentem potencial para uma integração social ativa. Aqui são realizadas atividades estritamente ocupacionais, lúdico terapêuticas e de desenvolvimento social e pessoal (Associação Almadense Rumo ao Futuro, s.d.) tendo como base uma preocupação com a qualidade de vida dos utentes e com a maximização das suas competências e áreas fortes, atuando nas vertentes terapêuticas, reabilitativas e ocupacionais (informação fornecida pela instituição).

O Lar Residencial destina-se a pessoas com deficiência ou incapacidades que estejam impossibilitadas de viver em contexto familiar, quer temporária quer permanentemente, tendo 16 vagas (14 permanentes e 2 temporárias) (Associação Almadense Rumo ao Futuro, s.d.).

2.4 Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados do Seixal e Almada (CERCISA)

A Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados do Seixal e Almada (CERCISA) foi fundada em 1975 por um grupo de técnicos e familiares de crianças com deficiência. A criação desta cooperativa teve como principal objetivo proporcionar uma resposta alternativa ao sistema de educação especial no atendimento a crianças e jovens com deficiência mental (CERCISA, 2016).

A instituição tem como missão a prestação de serviços de qualidade que promovam o desenvolvimento das capacidades de grupos vulneráveis e respetivas famílias, visando a igualdade de oportunidades. Pretende ainda participar ativamente na construção de uma sociedade que olhe a diferença com igualdade, proporcionando um aumento da qualidade de vida e inclusão social (CERCISA, 2016).

A atuação da instituição baseia-se em valores como a valorização e respeito pelo indivíduo; ética e competência profissional; cooperação e lealdade; apresentando atualmente seis respostas sociais: Centro Educacional, Formação Profissional, Centro de Atividades Ocupacionais, Intervenção Precoce, Lar-Residencial e Residência Autónoma.

2.5 Externato Zazzo/Alma Sã

Toda a informação referida acerca do Externato Zazzo/Alma Sã foi fornecida pela presidente da direção da respetiva instituição, Luísa Bexo a 28 de Maio. A instituição é atualmente uma IPSS, que fica localizada no Monte da Caparica e que, inicialmente, começou por ser uma escola de educação especial de utilidade pública gerida pela entidade Begra, Lda, tendo sido fundado em 1982. Em 2011 a instituição passou então a ser gerida pela entidade que ainda o faz atualmente, Alma Sã.

A sua missão sempre foi e continua a ser, em articulação com as famílias, fornecer apoio, desenvolvimento e educação pedagógica especial às crianças, jovens e adultos com necessidades especiais de saúde de Almada, Seixal e arredores, visando sempre a inclusão social e participação na vida ativa.

A instituição tem, ou pretende ter diversas valências, nomeadamente a socioeducativa, Centro de Recursos para a Inclusão (CRI), Centro de Apoio às Atividades

Ocupacionais (CAAO) e Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), Apoio às Atividades de Ocupação dos Tempos Livres (AATL), Lar/Residencial, Gabinete de Apoio à Comunidade e Centro de Apoio à Vida Independente (CAVI).

Foi em 2009 que o Externato Zazzo passou a ser um CRI, cujo objetivo é possibilitar ou dar apoio na inclusão de crianças e jovens com deficiências e incapacidades no ensino regular. Tal inclusão é feita em parceria com as estruturas da comunidade, tentando facilitar o acesso destas crianças e jovens ao ensino, à formação, ao trabalho, ao lazer, à prática social e à vida autónoma, privilegiando e promovendo o máximo potencial de cada um.

2.6 Associação de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPCDM)

A Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) foi fundada a 2 de fevereiro de 1962, pela mãe de uma criança com Trissomia 21, Sheila Stilwell, e por Alice Mello, pedopsiquiatra (APPACDM, 2016).

A APPACDM é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), que tem como objetivo responder às necessidades, potencialidades e expetativas das pessoas com deficiência intelectual e incapacidade, assim como das suas famílias. A APPACDM promove a inclusão de pessoas com deficiência na sociedade, e tem como princípios básicos proporcionar oportunidades aos indivíduos para que desenvolvam as suas potencialidades, partilhem lugares comuns, façam escolhas, tenham um papel socialmente valorizado e ativo e cresçam nas suas relações (APPACDM, 2016).

O polo que opera em Almada é denominado de Centro da Quinta dos Inglesinhos, e destina-se a jovens adultos de ambos os géneros com deficiência mental e com idade igual ou superior a 16 anos. Estes jovens adultos devem ter como pré-requisitos autonomia pessoal adquirida e integrada, e também autonomia na via pública e em transportes. A APPACDM – Centro da Quinta dos Inglesinhos presta ajuda na avaliação e orientação profissional, na formação profissional, no apoio à colocação e ainda, pós-colocação. Este centro situa-se no Monte da Caparica, e tem como objetivos: desenvolver programas de formação profissional para pessoas com deficiência e incapacidade; acompanhar jovens e promover o emprego da pessoa com deficiência, tanto em mercado aberto de trabalho como também em programas

específicos de apoio ao emprego. Este centro é composto por diversas unidades: a unidade de apoio ocupacional, a unidade de apoio residencial, a unidade de formação profissional e a empresa de inserção – Flôr da "Quinta" (APPACDM, 2016).

O Centro Quinta dos Inglesinhos engloba a área de Formação Profissional e as respostas sociais: Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) e o Lar Residencial (APPACDM, 2016).

2.7 Centro Comunitário do Laranjeiro Feijó

O Centro Comunitário do Laranjeiro Feijó (CCLF) constitui-se como um serviço da Paróquia do Laranjeiro/Feijó, tendo como objetivo de desenvolver nos paroquianos um sentido de responsabilidade social, enfatizando as exigências cristãs da partilha e comunicação de bens. Pretende particularmente fomentar um sentimento de entreajuda e que as pessoas possam dar resposta a situações de carência entre os habitantes quer do Laranjeiro, quer do Feijó (Centro Comunitário do Laranjeiro Feijó, s.d.).

O centro apresenta três valências principais, dentro das quais existem múltiplos serviços. Assim, a valência da Infância e Juventude (sede) inclui serviços como a Creche Familiar, Creche, Pré-Escolar e Centro Académico (este último constituído por sala de estudo, estudo acompanhado, apoio individualizado e espaço aberto); a valência da Infância e Juventude (extensão) inclui serviços como o CATL e Espaço Jovem; por fim a valência da Família e Comunidade inclui serviços como o centro de dia, apoio domiciliário, apoio domiciliário integrado, atendimento social e cantina social (Centro Comunitário do Laranjeiro Feijó, s.d.).

2.8 Centro Social Paroquial de Vale Figueira

O Centro Social Paroquial de Vale Figueira (CSP Vale Figueira) é uma IPSS cristã localizada em Vale Figueira, pertencente ao concelho de Almada, tendo sido fundada em 1987 (CSP Vale Figueira, 2013).

O centro surgiu com o principal objetivo de prestar auxílio quer a crianças quer a idosos em situações de múltiplos tipos de carência, sendo que atualmente ajuda cerca de 250

crianças (com idades compreendidas entre os 3 meses e os 10 anos) e 100 idosos (CSP Vale Figueira, 2013).

O CSP Vale Figueira tem dois equipamentos, o Equipamento da Infância e o Lar Paroquial. O primeiro apresenta três tipos de resposta, creche (que inclui berçário), pré-escolar e CATL de "Pontas" (em extensões de horários e interrupções letivas) (CSP Vale Figueira, 2013).

2.9 Centro Social Paroquial Padre Ricardo Gameiro

O Centro Social Paroquial Padre Ricardo Gameiro (CSP Ricardo Gameiro), nome adquirido apenas em 2005, é uma IPSS que era inicialmente designada por Centro Paroquial de Bem-Estar Social da Cova da Piedade, tendo sido fundada em 1975 (Centro Paroquial Padre Ricardo Gameiro, s.d.).

Formado tendo em mente um ideal bem definido "Amar é construir para os outros", tem como missão principal a promoção de respostas sociais que visem o crescimento de cada indivíduo, de acordo com valores cristãos (ética, igualdade e solidariedade), ou seja, centrada na dignidade humana (Centro Paroquial Padre Ricardo Gameiro, s.d.).

Atualmente o centro disponibiliza nove equipamentos sociais, 5 na área da infância, 2 na área sénior e 2 na área cultural, organizados em 30 respostas sociais que prestam auxílio direto a mais de 1500 utentes e auxílio indireto a cerca de 5000 pessoas (Centro Paroquial Padre Ricardo Gameiro, s.d.).

Embora a Infância e Sénior sejam as áreas prioritárias, o CSP Ricardo Gameiro apresenta também respostas na área da ação social. Na área da Infância dispõem de uma creche, pré-escolar, Centro de Atividades Livres para 1º e 2º ciclo e espaço lúdico-pedagógico para o 1º ciclo. Na área Sénior têm duas residências, um centro de dia, um serviço de apoio ao domicílio e o Centro de Convívio - Cultura Aberta (Centro Paroquial Padre Ricardo Gameiro, s.d.).

Ao nível da ação social possuem projetos que visam promover o bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos e respetivas famílias. Esta ideia concretiza-se através de três projetos, Loja Solidária (disponibiliza roupa gratuitamente a pessoas em situações de vulnerabilidade que necessitem de apoio); Ajuda Alimentar (disponibiliza alimentos a

indivíduos e agregados familiares em dificuldades); e Gabinete de Inserção Profissional (apoia, em conjunto com o Instituto de Emprego e Formação Profissional, jovens e adultos desempregados no processo de inserção ou reinserção no mercado de trabalho) (Centro Paroquial Padre Ricardo Gameiro, s.d.).

2.10 Centro Social Paroquial de Almada

O Centro Social Paroquial de Almada (CSP Almada) é uma IPSS que visa promover um crescimento feliz, bem-estar e alegria através da educação e cuidado que pretendem proporcionar às crianças, idosos e respetivas famílias. O centro rege a sua atividade com base em valores que consideram importantes, solidariedade; trabalho em equipa; rigor, confiança e alegria (Centro Social Paroquial de Almada, 2013).

A falta de informação acerca desta instituição deve-se à falta de comunicação com a mesma, apesar das diversas tentativas.

2.11 Santa Casa da Misericórdia de Almada

A Santa Casa da Misericórdia de Almada (SCMA), fundada em 1555, é uma associação privada católica, que tem como fim a prática das Catorze Obras de Misericórdia, e com a qual se pretende dar resposta a carências sociais. A SCMA tem personalidade jurídica civil e é reconhecida como IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social (SCMA, 2014).

A SCMA pretende, junto da comunidade, promover respostas sociais através de acolhimento, reparação e prevenção possibilitando o inserção tal como o desenvolvimento em diversos níveis (SCMA, 2014).

A SCMA rege-se pelos valores de Humanização de serviços, Transparência e ética profissional, Cidadania, Solidariedade, Cooperação e Inovação. Assim, baseia-se pelo respeito da condição humana, pelo direito à diferença e pela igualdade de oportunidades. Esta instituição atua com objetivos claros e de uma forma responsável nas diversas atividades do quotidiano, seguindo assertivamente os seus objetivos de acordo com as normas e as regras definidas socialmente. A SCMA fomenta a colaboração dos utentes, colaboradores e restante comunidade na planificação, realização e avaliação das

intervenções propostas, o que representa uma ajuda significativa no que diz respeito ao aperfeiçoamento do serviço que a instituição presta. A instituição desenvolve junto dos mesmos a prática de justiça e responsabilidade social, e ainda, fortalece a relação entre a comunidade e as entidades públicas e privadas, tendo em vista a corresponsabilização e complementaridade de recursos (SCMA, 2014).

A SCMA dá resposta a várias populações, contudo no nosso estágio focámo-nos nos idosos (SCMA, 2014).

Uma vez que o estágio decorreu no âmbito do mestrado em Reabilitação Psicomotora, torna-se necessário abordar o tema central e no qual se baseia o processo de intervenção, a psicomotricidade.

3 Psicomotricidade

A psicomotricidade é uma intervenção que encara o indivíduo numa visão holística que tem em conta, não só o corpo, mas também a mente. Assim, integra os aspetos físicos, emocionais e cognitivos (Fonseca, 2001; Probst et al., 2010). Segundo Fonseca (2001), a essência da psicomotricidade passa por "estimular, pelo movimento, o desenvolvimento do pensamento".

Esta forma de intervenção terapêutica visa alcançar o desenvolvimento e/ou reeducação do indivíduo, centrando a atenção em atividades desenvolvidas especificamente de acordo com as necessidades de cada um, agindo ainda assim em aspetos globais (Jesus, s.d.).

O ser humano, através do corpo, experiencia e sente não só o mundo que o rodeia, mas também as sensações internas, constituindo-se o mesmo como o instrumento através do qual o indivíduo expressa a sua intencionalidade. Assim considera-se o corpo como o principal intermediário entre o indivíduo e o mundo envolvente (Martins, 2010).

A intervenção psicomotora passa também por proporcionar ao indivíduo oportunidades para desenvolver comportamentos refletidos. O facto de as pessoas perceberem os seus comportamentos e as suas razões, quando refletidos, torna possível uma

melhoria na expressão e regulação das suas emoções, na sua orientação para a realidade e interação social (Probst et al., 2010).

A psicomotricidade pode ser aplicada, não só, a uma grande variedade de populações como também a qualquer faixa etária, podendo ser considerada como um meio de intervenção em múltiplos âmbitos, nomeadamente na saúde, educação, e investigação (European Forum of Psychomotricity, 2016).

Podem referir-se três vertentes da intervenção psicomotora, segundo a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2010):

- Preventiva – na qual se pretende estimular o desenvolvimento psicomotor e o potencial de aprendizagem, bem como promover uma melhoria ou manutenção de competências de autonomia, qualquer que seja a fase de vida do indivíduo, previamente ao aparecimento de algum comprometimento;
- Educativa - quando se verifica um comprometimento do desenvolvimento e aprendizagem, visando estimular o desenvolvimento psicomotor e o potencial de aprendizagem;
- Reeducativa ou Terapêutica - quando é necessário ultrapassar situações que comprometem a capacidade de adaptação do indivíduo, sendo feita uma intervenção nos problemas específicos de cada um.

A psicomotricidade permite atuar ao nível de sete fatores psicomotores, tonicidade, equilibração, lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina (Fonseca, 2010).

A intervenção psicomotora pode ser desenvolvida em múltiplos contextos consoante as características individuais de cada sujeito, utilizando diferentes mediadores e tendo diversos objetivos (Martins, 2010). E tendo em conta a prática da psicomotricidade em adultos e idosos (população com que lidei no estágio), a APP (2012) aponta alguns objetivos no âmbito da saúde mental, sendo que estes passam pela tomada de consciência do corpo como instrumento de expressão e comunicação; por potenciar o relacionamento com o outro; pela reconstrução e organização das perceções e ações; pela melhoria da autoestima, estimulação do equilíbrio, coordenação, capacidade de relaxação e controlo respiratório; pelo desenvolvimento de estratégias que permitam gerir os défices; pela promoção da autonomia; e manutenção da funcionalidade. Nos idosos, passa também por tentar reduzir a

frustração resultante do processo de envelhecimento que leva a uma perda progressiva de capacidades e de autonomia.

Dentro da intervenção psicomotora podem ser utilizadas múltiplas estratégias e técnicas de intervenção e, segundo a APP (2012), na intervenção com populações dentro destas faixas etárias (idade adulta e idosos) podem ser utilizadas técnicas de relaxação e terapias expressivas (que promovem a gestão e estruturação emocional, capacidade de comunicação quer verbal quer não-verbal e contribuem para atenuar alguns sintomas que possam resultar da problemática em questão), bem como técnicas gnoso-práxicas (que promovem desenvolvimentos ao nível cognitivo, atuando em aspetos como a memória, atenção ou funções executivas).

4 Terapias Expressivas

É então importante refletir sobre alguns conceitos e informações no âmbito das terapias expressivas.

As terapias expressivas podem ser definidas como o uso da arte, música, dança/movimento, drama, poesia/escrita criativa ou brincadeira no âmbito de contextos terapêuticos ou de reabilitação, podendo ser consideradas como terapias criativas (Malchiodi, 2005; Martinec, 2013). É então um tipo de intervenção que possibilita o uso de múltiplas formas de expressão (Malchiodi, 2005).

Estas terapias acrescentam uma dimensão única que pode não se verificar em terapias verbais, incluindo a autoexpressão, participação ativa, imaginação e uma relação mente-corpo (Malchiodi, 2005). Gladding (1992, cit. in Malchiodi, 2005) acrescenta que é possível que as próprias pessoas se experimentem e desenvolvam novas competências e comportamentos adaptativos. Permitem então, através da expressão criativa e imaginação trabalhar múltiplos aspetos do “Eu”; experiências sensoriais, expressão simbólica, expressão emocional, desenvolvimento cognitivo e aspetos sociais (Karkou e Sanderson, 2006 cit. in Martinec, 2013).

Um aspeto muito importante a referir é que o movimento é uma forma de linguagem. Um aspeto a ter em máxima consideração pelo simples facto de o movimento ser uma forma

de expressão que é inclusive desenvolvida antes do desenvolvimento da linguagem verbal (American Dance Therapy Association, 2016).

Segundo Malchiodi (2005), as terapias mediadas pela arte, música e dança ou movimento são frequentemente designadas por terapias não-verbais, algo que se pode considerar errado. São consideradas terapias verbais e não-verbais porque a verbalização dos pensamentos e sentimentos é uma parte fulcral em todo o processo. Em casos de pessoas que tenham limitações ao nível da linguagem e não se consigam expressar bem verbalmente, ou que por algum motivo não tenham a capacidade de comunicar através da linguagem, o uso do corpo como meio de comunicação pode ser muito benéfico.

Geralmente o que acontece é que, de acordo com Rothschild (2000 cit. in Malchiodi, 2005), os terapeutas não procuram interpretar e perceber o que é expressado pelo indivíduo, seja através do desenho, dança, movimento, brincadeira, etc. O objetivo passa por fazer a pessoa pensar no que fez, de forma a que ela própria consiga descobrir, perceber e dar significado a isso mesmo. Posteriormente, o técnico pode permitir um momento de reflexão em que os indivíduos têm oportunidade para verbalizar as experiências e sentimentos. O facto das experiências se darem através das terapias expressivas e do corpo faz com que muitas vezes seja mais fácil aceder a histórias e memórias que podem não estar tão acessíveis através da linguagem.

A experimentação através do corpo pode promover um acesso mais fácil à informação, que posteriormente permite uma verbalização mais fácil e com mais significado, por permitir um acesso através de outras vias (e.g. é mais fácil aceder a algumas memórias através do toque, imagens ou movimentos corporais guiados) (Rothschild, 2000 cit. in Malchiodi, 2005). Estas formas de terapia potenciam portanto experiências através de outras vias como a tátil, auditiva ou visual (Malchiodi, 2005). Intervenções baseadas na relação corpo-mente facilitam a capacidade mental para influenciar funções e sintomas corporais, utilizando os sentidos e a proprioceção para provocar alterações (National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2004 cit. in Malchiodi, 2005).

Estas terapias podem ser utilizadas em diversos aspetos, possibilitando uma avaliação de capacidades e interesses da pessoa em questão; avaliação de experiências de vida; e avaliação de aspetos cognitivos, psicológicos e psicossociais (Feder & Feder, 1998 cit. in Malchiodi, 2005).

Mais especificamente no âmbito do estágio curricular no qual estive inserido, é relevante aprofundar um pouco mais as abordagens terapêuticas através da música e da dança ou movimento.

5 Música

Através do uso da música, pretende-se estimular alterações a nível psicológico, físico, cognitivo e social (American Music Therapy Association, 2004). A música entra como um meio facilitador e motivacional para o indivíduo, facilitando o movimento, facilitando a adesão e o empenho, promovendo apoio emocional e um "caminho" para a expressão dos sentimentos de cada um.

Alpert (2010) refere que a música ativa zonas específicas do cérebro, essencialmente associadas a componentes como a atenção, fazer previsões ou recordar algumas memórias. O mesmo acontece com outros aspetos ou funções corporais. O corpo reage inconscientemente ao tipo de música que o indivíduo ouve (e.g. músicas com ritmos mais rápidos provocam uma aceleração do ritmo cardíaco e respiratório, enquanto que músicas com ritmos mais lentos provocam a reação contrária).

Embora não exista qualquer problema com a música gravada a tocar numa aparelhagem ou coluna, Holmes, Knights, Dean, Hodkinson & Hopkins (2006) mostraram que os efeitos da música ao vivo são mais benéficos na intervenção psicomotora.

Sung, Chang & Lee (2010) acrescentam que simplesmente ouvir uma música apreciada tem um impacto diferente e mais benéfico do que escutar uma música que não se goste ou que não tenha qualquer tipo de significado.

6 Dança

Terapias que privilegiem o uso da dança e movimento baseiam-se na ideia da interligação entre o corpo e a mente, sendo o movimento utilizado como ferramenta para promover o desenvolvimento emocional, cognitivo, social e uma integração física do indivíduo

(American Dance Therapy Association, 2016; National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2004 cit. in Malchiodi, 2005).

É desta forma que a American Dance Therapy Association (2016) refere que a dança, ao adotar uma abordagem holística do indivíduo em que o corpo e a mente estão interligados e são inseparáveis, pode influenciar modificações a nível corporal e ao nível da mente.

De acordo com Dinold e Zitomer (2015) a intervenção por meio da dança e do movimento permitem ainda o desenvolvimento de uma consciência pessoal e sensorial. No que concerne ao domínio cognitivo, Skoning (2008) refere que o movimento adquire uma grande preponderância na promoção da aprendizagem. Knestaut, Devine & Verlezza (2010) referem que a dança permite a aprendizagem de novas competências e o bem-estar, sendo um meio para atingir a aceitação do próprio, a autoexpressão e autoconhecimento; e um meio para descobrir a imagem corporal, mencionando que a componente social está também muito presente pelo contacto e interação verbal e não-verbal que pressupõe.

No domínio social, Kauffman (2006 cit. in Dinold & Zitomer, 2015) reforça a ideia de que a dança é benéfica para o respeito da diferença, seja esta por deficiência ou não, preconizando a ideia de que esta favorece o desenvolvimento de um maior sentimento de pertença a um grupo. Hefelbaum (2009 cit. in Dinold & Zitomer, 2015) acrescenta que a dança é um meio que promove experiências e momentos de intimidade (como o estar sentado em grupo, em proximidade com outras pessoas, sendo muitas vezes promovido o contacto físico).

Ao utilizar a dança como terapia há uma ênfase na exploração e descoberta, encorajando a autoexpressão, imaginação e improvisação, em detrimento do aperfeiçoamento ou aprendizagem de técnicas específicas de dança (Ravelin, Isola & Kylmä, 2011). Por sua vez, no contexto de dança criativa, de acordo com Coubard, Duretz, Lefebvre, Lapalus & Ferrufino (2011), vários estudos permitem concluir que nesta prática existe um aumento da conexão sináptica das células cerebrais, o que leva ao desenvolvimento cognitivo.

Segundo Burkhardt & Rhodes (2012) a dança criativa é uma forma não competitiva de intervenção que promove o encorajamento, cooperação, participação e apoio. Nos idosos, a dança pode ser uma estratégia a adotar quer em terapia quer na prevenção de problemas

associados a patologias como como a demência (Kattenstroth, Kolankowska, Kalisch & Dinse, 2010).

Em relação à população idosa podem apontar-se alguns benefícios mais específicos, associados a algumas áreas inerentes ao processo de envelhecimento e que geralmente limitam e condicionam a qualidade de vida das pessoas. Segundo Krampe et al; (2010) podem apontar-se benefícios ao nível do equilíbrio, que possibilitam uma redução da probabilidade de quedas. Associado a uma melhoria ao nível da equilibração estão também associadas melhorias na postura e da marcha. De acordo com Park, O'Connell & Thomson (2003) os declínios progressivos a nível cognitivo característicos do envelhecimento, como por exemplo ao nível da memória e tempo de reação, podem ser retardados pela prática de dança. O estudo de Kattenstroth et al; (2010) mostrou que a dança tem benefícios no comportamento motor e tátil, bem como na performance cognitiva. Um estudo de Nadasen (2008) aponta ainda benefícios a nível social e em aspetos relacionados com o bem-estar.

Nesta intervenção, o uso de adereços (bolas, fitas, bastões, etc) é referenciado como vantajoso, na medida em que estimula a integração sensorial, a interação e a autoexpressão. Os adereços podem ser utilizados para desenvolver a coordenação, a criatividade e imaginação dos participantes. A existência de um adereço que está a ser segurado possibilita a expansão do repertório de movimentos, uma vez que cada um pode fazer o movimento que quiser e experimentar esse movimento com diversos ritmos (Tord & Braununger, 2015).

A componente socio-emocional igualmente presente na dança, segundo Dael, Mortillaro & Sherer (2012), pode ser promovida através do corpo e do movimento.

7 Funcionalidade, deficiências e incapacidades

Torna-se pertinente abordar algumas questões inseridas no âmbito da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), documento elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Direção-Geral da Saúde (DGS) em 2004.

Segundo a OMS e DGS (2004) a funcionalidade de uma pessoa é definida pela interação dinâmica, recíproca e bidirecional do indivíduo (com alguma condição específica de saúde) com os fatores contextuais (ambientais e pessoais), sendo que o termo incapacidade pode ser utilizado para definir o resultado destas interações. Assim, fatores

externos ao indivíduo, como o ambiente físico, social e atitudinal (que constituem os fatores ambientais) podem influenciar positiva ou negativamente o seu desempenho e capacidade para desempenhar determinadas ações/tarefas. Uma intervenção em qualquer um dos elementos pode provocar modificações num ou mais elementos.

Qualquer indivíduo, com ou sem deficiência, pode apresentar limitações ou restrições na realização de uma determinada atividade, fruto da interação entre os fatores já referidos. Ou seja, o seu desempenho irá sempre ser afetado por fatores externos. Na medida em que o desempenho diz respeito àquilo que alguém faz no contexto de vida real em que vive e que a capacidade pode ser definida como a aptidão ou nível máximo de funcionalidade dessa pessoa na realização de uma tarefa, pode concluir-se que desempenho poderá nem sempre corresponder à capacidade que esse indivíduo apresenta para a tarefa em questão. Esta discrepância diz então respeito às limitações ou restrições que a pessoa pode ter enquanto realiza uma certa atividade, ou seja, entre o desempenho que foi observado e aquele que seria esperado e normal para a população sem deficiência. Conhecendo o valor expectável e normal podem então ser feitas alterações benéficas para o indivíduo atingir a sua máxima funcionalidade (OMS & DGS, 2004).

Ao longo de todo o ano letivo tivemos contacto com populações com múltiplas perturbações, sendo que vou referir apenas algumas informações sobre as problemáticas dos dois grupos que foram meus estudos de caso. Do grupo de idosos, pertencentes ao Centro Social Paroquial Padre Ricardo Gameiro, a problemática em questão é a demência. No que diz respeito ao grupo do Dança & Gira, da APPCDM, contactei com perturbações como Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID), nomeadamente Trissomia 21; Espina Bífida e Paralisia Cerebral.

As idades dos participantes de ambos os projetos estão entre as categorias classificadas por Santrock (2011), como adolescência (inclui indivíduos entre os 10-12 e os 18-21 anos e onde ocorrem múltiplas alterações, essencialmente a nível físico); início da idade adulta (inclui os indivíduos entre os 20-40 anos, caracterizada pelo estabelecimento de uma independência pessoal e económica); idade adulta média (inclui entre os 40-60 anos, em que ocorre uma expansão pessoal e social; e nas quais se procura a manutenção de uma carreira satisfatória); e fim da idade adulta (inclui os indivíduos entre os 60-70 anos e dura

até ao fim da vida; período de adaptação às alterações decorrentes do processo de envelhecimento, à reforma e ajustamento social).

A esperança média de vida, ou seja, número de anos que um indivíduo nascido num determinado ano tem probabilidade de viver, tem aumentando ao longo do tempo (Santrock, 2011). Assim, aumenta também a probabilidade de aparecerem doenças associadas ao processo de envelhecimento.

O envelhecimento é um processo contínuo e complexo que diz respeito às alterações graduais biológicas e psicológicas que resultam do avanço da idade (Fontaine, 2000), sendo este processo caracterizado por declínios a nível orgânico e funcional do indivíduo (Ermida, 1999). Estes declínios dependem, não só da predisposição genética, mas também dos fatores ambientais e contextuais do individuo (Calenti, 2011).

É possível diferenciar dois tipos de processos de envelhecimento, um primeiro que diz respeito ao envelhecimento normal e um segundo que diz respeito ao patológico, em que se verifica a presença de alguma patologia (Ermida, 1999).

7.1 Demência

Relativamente à Demência, que se inclui nos processos de envelhecimento patológico, pode dizer-se que este é um conceito abrangente que descreve os sintomas de um grande grupo de doenças que causam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa, tais como perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e alterações das reações emocionais normais (Associação Alzheimer Portugal, 2018).

Embora seja mais frequente a partir dos 65 anos, estes processos podem ocorrer mais cedo em qualquer pessoa, acentuando e agravando as perdas características do processo de envelhecimento (Associação Alzheimer Portugal, 2018).

A demência é considerada uma síndrome causada por problemas a nível cerebral, de origem crónica ou progressiva, que resulta no desenvolvimento de perturbações que afetam diversos processos corticais superiores como a capacidade de memorização, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e capacidade crítica. Também podem ser verificados problemas ao nível emocional, de comportamento social e/ou motivacional (World Health Organisation, 2018).

Segundo a WHO (2018), as condições mais comuns são a doença de Alzheimer e demência vascular, existindo ainda outras como a doença de Parkinson, demência de corpos de Lewy, demência frontotemporal, doença de Huntington, Síndrome de Korsakoff (demência provocada pelo álcool) e doença de Creudtzfeldt-Jacob.

De seguida serão então mencionadas algumas informações mais específicas das três primeiras, com foco especial e mais aprofundado da doença de Alzheimer, visto ser a mais comum e presente na população com a qual decorreu o estágio.

A doença de Alzheimer é uma condição progressiva e irreversível que provoca a deterioração de funções cognitivas como a memória, atenção, concentração, linguagem, pensamento e que tem impactos negativos na vida do indivíduo afetado (Associação Alzheimer Portugal, 2018). Acrescenta ainda que dificilmente ocorre uma recuperação ou reaprendizagem das capacidades que vão sendo perdidas, sendo que em todos os casos a doença leva o indivíduo a uma total dependência de terceiros.

É a forma mais comum de demência, que representa entre 50% e 70% dos casos, sendo uma doença degenerativa que afeta o cérebro e provoca a morte dos neurónios. A morte destas células cerebrais resulta da sua redução quer em tamanho quer em número, uma vez que as alterações verificadas anteriormente danificam as ligações entre elas e impossibilitam os processos comunicativos. Daí resulta uma perda de funções e capacidades do indivíduo (Associação Alzheimer Portugal, 2018).

A sintomatologia e o ritmo de deterioração variam de pessoa para pessoa, dependendo ainda das zonas cerebrais afetadas (Associação Alzheimer Portugal, 2018). As alterações no âmbito do sistema límbico estão associadas a uma dificuldade no reconhecimento de locais, na aprendizagem e memorização, sendo desenvolvidos sentimentos de desconfiança, irritabilidade, ansiedade e depressão. Alterações no lobo temporal provocam o aparecimento de dificuldades ao nível da memória e vocabulário. As alterações no lobo parietal resultam numa utilização inadequada das palavras, em dificuldades na compreensão do discurso, escrita, orientação e solução de problemas do dia-a-dia. No que diz respeito às alterações no lobo frontal são característicos comportamentos de apatia e desajustamento face ao envolvimento. Por último, as alterações ao nível do lobo occipital provocam dificuldades na perceção de distâncias e profundidade, na representação do esquema corporal e perceção dos gestos de terceiros (Juhel, 2010).

Segundo a Associação Alzheimer Portugal (2018) existem dois tipos desta patologia, doença de Alzheimer esporádica e doença de Alzheimer familiar. A primeira é a mais comum e aparece geralmente a partir dos 65 anos de idade, podendo ainda assim surgir mais cedo (independentemente de existirem antecedentes da doença na família ou não). É um processo que acarreta as alterações já mencionadas acima e que pode ser influenciada pela ocorrência de um traumatismo craniano severo, que aumenta a probabilidade de desenvolvimento. A segunda é a forma menos comum, na qual existe a transmissão de um gene mutado que coloca a probabilidade de desenvolvimento da patologia nos 50% para o indivíduo. Geralmente aparece mais cedo, entre os 40 e os 60 anos de idade.

Embora não exista cura para a doença de Alzheimer, por ser uma condição progressiva e irreversível, podem ser utilizados medicamentos para atenuar os efeitos negativos associados. No entanto, esta abordagem geralmente tem sucesso em indivíduos que apresentem a patologia numa fase ligeira ou moderada (Associação Alzheimer Portugal, 2018).

A demência vascular está associada a problemas de circulação do sangue no cérebro (Associação Alzheimer Portugal, 2018) por hemorragias nos vasos sanguíneos, cerebrais que afeta temporária ou permanentemente múltiplas áreas do encéfalo (Chirino, Busquet, Pérez & López, 2014). Existem dois tipos de demência vascular. A forma mais comum, demência por multienfartes cerebrais, é causada por acidentes isquémicos transitórios (pequenos enfartes cerebrais), tal como indica o nome. A segunda, demência vascular subcortical ou doença de Binswanger, é causada por uma circulação sanguínea deficitária (causada por hipertensão arterial e estreitamento arterial). Embora possa ser semelhante à doença de Alzheimer, algumas pessoas podem apresentar uma comorbilidade dos dois tipos de demência (Associação Alzheimer Portugal, 2018).

A doença de Parkinson diz respeito a uma perturbação progressiva do sistema nervoso central (SNC) em que se verifica uma perda gradual de capacidades. Embora nos primeiros anos se possa verificar uma conservação das funções cognitivas, existe uma sintomatologia física característica (Juhel, 2010), podendo o indivíduo desenvolver uma demência mais tarde (Associação Alzheimer Portugal, 2018). Assim, esta patologia provoca tremores e rigidez nos membros e articulações (que leva a uma grande instabilidade postural e problemas de equilibração); falta de coordenação e lentidão de movimentos; paratonias;

dificuldades na iniciação dos movimentos; problemas ao nível da fala e dificuldades a nível visuoespacial (Associação Alzheimer Portugal, 2018; Juhel, 2010).

Todos estes sintomas vão ter um impacto negativo ao nível da qualidade de vida da pessoa afetada, essencialmente em aspetos como o autocuidado, atividades básicas do dia-a-dia e mobilidade (Cuerda, Desojo, Page, Macias & Hellin, 2010). Uma intervenção de âmbito psicomotor possibilita a atenuação dos sintomas mais característicos ou um retardamento do seu aparecimento, uma vez que não é uma condição reversível ou que tenha cura (Juhel, 2010). Uma intervenção medicamentosa pode também ser benéfica (Juhel, 2010), apesar de alguns efeitos secundários negativos que possa apresentar, como alucinações, delírios, confusão, movimentos anormais, náuseas e sono (Associação Alzheimer Portugal, 2018; Juhel, 2010).

Uma intervenção nas principais áreas que apresentam mais problemas é também benéfica sendo que Juhel (2010) refere a importância da intervenção psicomotora no âmbito das doenças associadas ao processo de envelhecimento.

É de extrema importância que o processo de intervenção se inicie o mais cedo possível para que o doente possa ter o apoio necessário desde as primeiras fases (Robayo & Reis, 2009). Tal apoio vai permitir à pessoa aprender a lidar com as mudanças e consequentemente com os seus sentimentos e emoções face às mesmas, bem como com aspetos relacionados com o seu corpo, identidade e relações com terceiros (Morais, 2007; Juhel, 2010).

Um aspeto que ajuda a atenuar os declínios a nível físico e funcional associado são processo de envelhecimento é o bem-estar psicológico. Aspetos como o afeto, satisfação com a vida, relações sociais positivas e ter um propósito na vida são fatores que influenciam positivamente a saúde física do ser humano, estando ligados a um menor risco de desenvolvimento de doenças (Ryff, 2014). Assim, através da intervenção realizada no estágio e do alcance de um bem-estar físico e psicológico, é possível atenuar o impacto que o processo de envelhecimento tem na vida dos participantes.

7.2 Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID)

O termo Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais tem sido utilizado em detrimento de termos previamente utilizados, tais como atraso mental, deficiência mental ou deficiência intelectual, no que diz respeito às limitações no desenvolvimento apresentadas por algumas pessoas (Santos & Morato, 2012).

A utilização destes termos contribui ativamente para uma automática exclusão destes indivíduos. Por outro lado, a utilização do termo Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais permite a redução das repercussões negativas ao nível dos pensamentos e expectativas sobre eles. Assim, pode perceber-se o direito que qualquer pessoa tem de ser ativo na sociedade, independentemente de existir ou não um diagnóstico (Santos & Morato, 2012).

Segundo a APA (2013) os vários níveis de severidade não são baseados em valores de QI, mas sim no funcionamento adaptativo de cada pessoa, uma vez que é este que determina o tipo apoio necessário. Este conceito de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental começou a ser associado ao termo "apoio", baseando-se principalmente no fornecimento dos apoios adequados às dificuldades de cada um e não na imutabilidade e incurabilidade da condição de deficiência (Nihira, 1999 cit. in Santos & Morato, 2007). Luckasson et al, (2002 cit. in Santos & Morato, 2012) mencionam a existência de quatro tipos diferenciados de apoios que podem ser fornecidos:

1. Apoios intermitentes – são apenas necessários esporadicamente, de natureza episódica e descontínua, uma vez que o indivíduo nem sempre necessita do mesmo ou necessita apenas em períodos específicos de transição (podem ser de alta ou baixa intensidade);
2. Apoios limitados – apresentam alguma consistência em termos de intensidade (natureza contínua), especialmente nos períodos críticos;
3. Apoios extensos – característicos por serem de acompanhamento regular (diário) pelo menos em alguns contextos específicos (casa, escola, trabalho, etc.);
4. Apoios permanentes – contínuos e de alta intensidade, estilo permanente e pressupondo uma maior intromissão do que os restantes.

Silva & Coelho (2014) mencionam que nos indivíduos com estas dificuldades são múltiplas as áreas do desenvolvimento que podem estar comprometidas, nomeadamente a

académica, física e funcional, emocional, de comunicação e interação social. Acrescentam ainda que o respetivo nível de funcionamento, bem como as suas capacidades adaptativas, estão significativamente abaixo dos níveis das pessoas sem qualquer tipo de problemática e da mesma idade cronológica.

O DSM-5 considera a existência de défices funcionais em três domínios principais, na área conceptual, social e prática, podendo distinguir-se quatro níveis de severidade: leve, moderada, grave e profunda (APA, 2013).

Comparativamente às crianças com um desenvolvimento típico, as crianças com DID apresentam dificuldades em percecionar adequadamente o meio envolvente, memorizar, exprimir-se ou imaginar novos conceitos, necessitando de mais tempo para conseguirem adquirir diversas competências. É ainda usual que estas crianças cresçam com reduzidas interações com o meio, devido quer às suas limitações, como também à superproteção ou baixas expectativas que lhes são associadas (Alves, Faria, Mota & Silva, 2008).

De acordo com Alves, Faria, Mota & Silva (2008), de modo a contrariar e combater a passividade, estes indivíduos devem ser estimulados adequadamente para agir perante a realidade e face aos problemas, sem que as suas decisões dependam de terceiros e sem necessitarem de ajuda constante, como são eventualmente e geralmente habituadas. Assim, segundo Silva & Coelho (2014), o principal objetivo deve ser sempre que estas pessoas estejam inseridas na comunidade, sendo proporcionados os apoios adequados para que consigam ultrapassar as suas dificuldades, para eliminar potenciais barreiras no dia-a-dia, e para que tenham a oportunidade de desenvolver ao máximo as suas competências e a sua autonomia.

7.2.1 Síndrome de Down/Trissomia 21

A Síndrome de Down ou Trissomia 21 diz respeito a uma alteração na organização genética do cromossoma 21, resultante da presença total ou parcial de um cromossoma extra a nível celular, ou de uma troca de partes de um cromossoma do par 21 com um cromossoma de outro par (Santos & Morato, 2002), afetando diretamente o desenvolvimento da pessoa (Associação Olhar 21, s.d.).

Devido à existência de características físicas específicas, as quais estão presentes na literatura, é possível fazer um diagnóstico pouco tempo após o nascimento e assim identificar casos desta patologia. Segundo Ivan & Cromwell (2014) são algumas características físicas da Trissomia 21: pescoço curto, cara redonda, orelhas pequenas, dobra extra de pele sobre as pálpebras, único vinco palmar, boca pequena com uma língua grande e saliente. No entanto, não é correto afirmar que a severidade da perturbação é tanto maior quanto maior for o número de características presentes (Associação Olhar 21, s.d.).

Complementando a informação acima descrita, Bull (2011) refere a importância das primeiras horas após o nascimento para um diagnóstico da patologia.

Como causa para o aparecimento desta perturbação é apontada, essencialmente, uma elevada idade materna, constituindo-se como um fator de risco preponderante. Embora seja apontada como a causa principal, também fatores genéticos e a hereditariedade podem estar na sua origem (Perkins, 2017).

Um sujeito com Síndrome de Down apresenta múltiplas dificuldades, a diversos níveis que vão influenciar negativamente as suas experiências precoces e capacidade de aprendizagem e, consequentemente, os comportamentos das pessoas que com ele interagem. A identificação destas dificuldades possibilita uma correta abordagem e, posteriormente, a redução do seu impacto na vida destes indivíduos (Cotrim & Condeço, s.d.).

Segundo a Associação Olhar 21 (s.d.) podem ser apontadas algumas dificuldades principais em diversas áreas do desenvolvimento:

- Motor – Hipotonia, dificuldades propriocetivas e vestibulares com alterações na postura e equilíbrio, dificuldades na motricidade global e fina, dificuldades na integração e coordenação bilateral motora, alterações na lateralidade e dominância manual, dificuldades na integração visuomotora, dificuldades na coordenação oculo-manual, movimentos mais restritivos e imaturos;
- Linguagem – Geralmente o desenvolvimento segue as mesmas etapas que nas crianças com desenvolvimento típico, embora num ritmo mais lento e ficando incompleto na fase final. Apresentam dificuldades essencialmente ao nível da articulação verbal e do discurso, bem como no léxico e morfossintaxe;
- Desenvolvimento cognitivo – Geralmente estas crianças apresentam um défice cognitivo ligeiro a moderado, sendo o desenvolvimento cognitivo não-verbal

consideravelmente superior ao verbal. Apresentam dificuldades na abstração (aprendendo melhor por imagens – concreto), transferência e generalização;

- Memória – Apresentam uma memória visual a curto prazo melhor que a memória verbal a curto prazo;
- Desenvolvimento socio-emocional – É idêntico ao das crianças com desenvolvimento típico, podendo existir alguma imaturidade afetiva nas crianças com Síndrome de Down.

7.3 Spina Bífida

Spina Bífida diz respeito a uma malformação congénita em que a coluna vertebral se encontra dividida, resultado de uma formação ou conclusão deficiente do tubo neural embrionário (Copp et al., 2015). Embora a maioria das crianças que nasce com esta malformação sobreviva, enfrentam uma vida com alguns problemas como a paraplegia, incontinência, hidrocefalia e, por vezes, apresentam alterações no desenvolvimento a nível intelectual (Copp et al., 2015; Meuli et al., 1997). Copp et al. (2015) acrescentam ainda a possibilidade de aparecimento de problemas ortopédicos como talipes (problemas ao nível da estrutura do pé), luxação do quadril, contraturas, escolioses e cifoses.

Segundo Copp et al. (2015) sua forma mais comum designa-se por mielomenigocele, também conhecida por Spina Bífida aberta ou cística, em que a lesão ocorre ao nível da coluna dorsal e as vértebras lesionadas carecem de arcadas neurais. Os autores referem que os indivíduos com esta forma apresentam geralmente problemas abaixo do nível onde ocorreu a lesão, quer ao nível das funções motoras quer sensoriais.

Estas malformações cerebrais estão associadas ao desenvolvimento do cerebelo (McLone & Knepper, 1989), que se reorganiza em função da modificação que o indivíduo sofreu, havendo um aumento da porção anterior e uma redução das regiões inferiores e posteriores (Juranek, Dennis, Cirino, El-Messidi & Fletcher, 2010). Embora se verifique uma redução do volume do cerebelo em qualquer situação, ou seja, independentemente do local onde ocorra a lesão (quer seja a nível dorsal, lombar ou do sacro), esta diminuição é mais acentuada nas lesões dorsais (Fletcher et al., 2005).

De acordo com Copp et al. (2015), na sua origem, estão não só fatores genéticos mas também fatores não genéticos, sendo que Carter & Evans (1973) referem que a grande parte dos casos estão associados a uma componente genética, por motivos hereditários. Estes dados levantam a questão sobre que genes estarão implicados nesta malformação da coluna (Copp et al., 2015).

Tendo em conta os fatores não genéticos, um dos que mais influencia o aparecimento de deficiências ao nível do tubo neural é uma diminuição acentuada do ácido fólico, sendo que para além deste, outros nutrientes ou fatores nutritivos podem estar na sua origem. Os fatores que podem levar ao aparecimento de Spina Bífida podem estar relacionados com a nutrição materna (uso de álcool ou cafeína, uma dieta pouco cuidada, índice glicémico elevado, níveis baixos de ácido fólico, metionina, vitamina B12, vitamina C ou zinco); outros fatores maternos (tabaco, hipertermia, doenças ou infeções, obesidade, diabetes, stress e uso de medicamentos à base de valproato de sódio (medicamento anticonvulsivo e estabilizador de humor)); ou ser ambientais (relacionados com o contacto com poluentes ou tóxicos). No entanto, os fatores não genéticos parecem ter influência maioritariamente quando já existe uma predisposição genética (Copp et al., 2015).

Esta perturbação tem um impacto negativo a diversos níveis, nomeadamente a nível físico, neuro cognitivo, psicológico e social (Singh, 2003). Isto vai repercutir-se ao nível da qualidade de vida dos indivíduos afetados, que geralmente apresentam níveis menores quando comparativamente a outros sem a mesma perturbação ou com outra condição crónica de saúde (Murray et al., 2015). A severidade da perturbação e consequente qualidade de vida vão depender do grau/nível de complicações a que estão sujeitas as pessoas afetadas. Depende do nível ao qual ocorreu a lesão, nível de incontinência, de hidrocefalia, falta de mobilidade, estatuto socioeconómico, dores, stress e outros fatores familiares (Sawin e Bellin, 2010).

Numa fase mais avançada da infância e adolescência, é comum que os indivíduos afetados apresentem uma maior tendência para desenvolver sintomas depressivos e apresentem uma autoestima mais baixa, derivado das dificuldades que têm a nível social. Algo que geralmente tende a manter-se até ao início da idade adulta uma vez que estas pessoas dependem mais de terceiros para conseguir fazer a sua vida e apresentam pouca autonomia (Holmbeck, et al., 2003).

7.4 Paralisia Cerebral

A Paralisia Cerebral não diz respeito a uma perturbação em específico mas sim a um conjunto de condições, cuja severidade pode variar bastante. Descreve um grupo de condições permanentes que afetam o desenvolvimento do movimento e da postura, devido a distúrbios no desenvolvimento cerebral em fetos ou no início da infância, que vão provocar múltiplos tipos de limitações. A nível motor, os indivíduos afetados apresentam geralmente perturbações a nível sensitivo, percetivo, cognitivo, comunicativo e comportamental, bem como podem ter epilepsia ou outros problemas músculo-esqueléticos (Rosenbaum, Paneth, Leviton, Goldstein & Bax, 2007).

Rosenbaum, Paneth, Leviton, Goldstein & Bax (2007) apresentam na Figura 1 as terminologias associadas à paralisia cerebral referidas pela Surveillance of Cerebral Palsy Europe [SCPE] (2000). Um dos critérios de classificação está relacionado com os membros afetados, existindo cinco tipos de paralisia cerebral que afetam o organismo do indivíduo de formas distintas. Como pode ser observado na Figura 1, a paralisia cerebral pode dividir-se consoante as regiões do corpo afetadas. Na monoplegia, apenas sum membro é afetado (sendo que geralmente é um membro inferior); a hemiplegia afeta apenas um dos lados do corpo (sendo que geralmente o membro superior é mais afetado do que o membro inferior); sendo que ambas as condições estão integradas na paralisia cerebral unilateral. Na diplegia todos os membros são afetados (sendo as limitações mais graves ao nível dos membros inferiores); a triplegia afeta apenas um dos membros superiores e os dois membros inferiores (sendo que o membro inferior é significativamente mais afetado do que o membro superior do mesmo lado); a quadriplegia pressupõe a existência de limitações em todo o corpo, sendo também designada tetraplegia. Estas últimas três condições estão inseridas na categoria de paralisia cerebral bilateral.

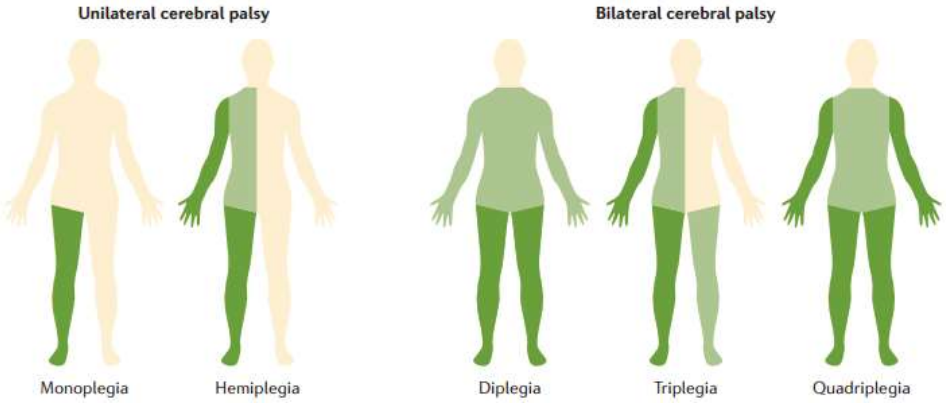


Figura 1 Tipos de Paralisia Cerebral

Segundo Brooks et al. (2014) a paralisia cerebral, independentemente do tipo em questão, é uma perturbação que se desenvolve muito cedo e cujos sintomas vão influenciar o dia-a-dia do indivíduo afetado durante toda a vida, uma vez que não existe uma cura.

Em grande parte dos casos de paralisia cerebral a perturbação desenvolve-se, não devido a anormalidades no processo de desenvolvimento cerebral, mas sim em processos destrutivos que afetam tecidos cerebrais saudáveis (Bax, Tydeman & Flodmark, 2006). Graham et al. (2016) acrescentam que o tipo de lesão e resposta específica à lesão dependem do nível de maturação do cérebro aquando da ocorrência de um fator patogénico.

Segundo Bax, Tydeman & Flodmark (2006), fatores como a hipoxia ou isquemia são apontados como duas possíveis causas para o desenvolvimento desta patologia. Outros fatores que causem danos no tecido cerebral podem portanto levar ao mau desenvolvimento do mesmo, podendo resultar numa paralisia cerebral. Fatores como estes levam à ocorrência de múltiplos processos que terminam na morte de múltiplas células, por apoptose ou necrose.

Como já foi referido, limitações a nível motor são características desta patologia, envolvendo dificuldades no planeamento motor, coordenação, regulação muscular, aprendizagem motora ou praxia fina dependem do local onde ocorre a lesão. Fatores como a existência de interrupções nas vias motoras descendentes ou a não eliminação de características que normalmente desaparecem ao longo do desenvolvimento, levam a uma má inibição dos reflexos primitivos, a um tónus muscular anormal, espasticidade, distonia, hipertonia e, consequentemente, a uma fraca organização do movimento e posturas. Estes fatores contribuem para o aparecimento de deformidades a nível músculo-esquelético.

Como referido acima, para além de um estado muscular hipertónico, indivíduos com paralisia cerebral apresentam alguma distonia e espasticidade muscular. A distonia diz

respeito a uma ativação involuntária, intermitente ou permanente, dos músculos, que provoca a ocorrência de movimentos ou posturas anormais repetitivas. Os tremores característicos interferem muitas vezes com os movimentos voluntários. Já a espasticidade diz respeito a uma reação exagerada a um rápido alongamento muscular (Lin, 2011).

É muito importante compreender aspetos relacionados com a etiologia, alguma forma potencial de prevenção e terapias que possam ajudar a reduzir os impactos negativos resultantes das alterações cerebrais características da perturbação. Todos estes aspetos devem ser geridos no contexto do desenvolvimento e funcionamento do indivíduo, bem como no contexto familiar (Rosenbaum & Gorter, 2011). Uma vez que é uma perturbação que se desenvolve muito cedo, as intervenções vão possibilitar e promover o desenvolvimento de um bom funcionamento e bem-estar, de forma a ajudar as famílias no planeamento da sua vida, não só a nível familiar mas também da criança que vai ter que lidar constantemente com as suas diferenças desenvolvimentais (Graham et al, 2016).

Muitas vezes, estas pessoas acabam por desenvolver sintomas depressivos, devido às dificuldades com que têm de lidar, quer a nível pessoal, social ou profissional (Michelsen, Uldall, Hansen & Madsen, 2006; Van Der Slot et al., 2012). Os sintomas característicos da perturbação levam muitas vezes à fadiga e estes indivíduos muitas vezes tem dores com que têm que lidar diariamente (Van Der Slot et al, 2012).

8 Intervenção em contexto de grupo

Pelo facto das sessões serem realizadas em contexto de grupo, é necessário investigar um pouco sobre as diferenças e benefícios desta abordagem.

O ser humano é um ser social que existe apenas devido aos relacionamentos que são estabelecidos entre indivíduos (Melo, Filho & Chaves, 2014). Lewin (1978 cit. in Melo et al, 2014) refere que um grupo é mais do que a simples soma dos seus elementos, caracterizando o grupo como um todo dinâmico em que a essência do mesmo não é nem a semelhança nem a diferença, mas sim a interdependência dos seus elementos constituintes. Ou seja, qualquer mudança numa das partes vai influenciar e provocar uma alteração em todas as outras. Ao longo do estágio isto pode verificar-se na medida em que os comportamentos dos participantes não eram comportamentos isolados. Determinado tipo de

resposta por parte de um participante vai influenciar e gerar comportamentos distintos nos restantes membros do grupo.

Uma intervenção em contexto de grupo pressupõe mais do que um cliente/participante a ser tratado ao mesmo tempo por, pelo menos um terapeuta (American Addiction Centers, 2018).

As abordagens grupais em terapia permitem o estabelecimento de relações interpessoais, sendo que a interdependência entre os elementos (aspeto já referido acima) possibilita o desenvolvimento de uma maior coesão entre todos e um ambiente acolhedor e propício à aprendizagem (Melo et al, 2014).

O funcionamento dos grupos é baseado em padrões de comunicação, tomada de decisão, resolução de problemas, normas, sentimentos e perceções interpessoais (Schein, 1982 cit. in Melo et al, 2014). Melo et al (2014) referem acima de tudo a importância de existir sempre uma intencionalidade naquilo que é feito no seio do grupo.

Para Shutz (1989 cit. in Melo et al, 2014) existem certas necessidades tipicamente humanas que apenas conseguem ser desenvolvidas em contexto de grupo. São consideradas necessidades interpessoais pela necessidade de contacto com o outro e, embora que em graus distintos, todas as pessoas as experimentam. São elas a necessidade de inclusão, de controlo e de afeto. Qualquer pessoa sente a necessidade de se sentir aceite, valorizado e respeitado no seio de um grupo, caso contrário existe margem para o aparecimento de sentimentos negativos e uma retração e isolamento.

Santana, Silva, Gonçalves & Melo (2014) mencionam que o trabalho em grupo possibilita a criação de um ambiente terapêutico no qual os seus elementos vão inevitavelmente ter que lidar com questões interpessoais.

Ao longo do ano letivo lidámos com grupos constituídos por jovens e adultos, sendo que Lampman-Petraitis (1989 cit. in Deplus, Billieux, Scharff & Philippot, 2016) refere que, devido às alterações físicas, psicológicas e sociais, estes grupos estão mais sujeitos a emoções fortes e intensas. As dificuldades relacionadas com a regulação emocional podem ainda levar ao aparecimento de depressões ou comportamentos agressivos (Silk, Steinberg & Morris, 2003). O contacto com outras pessoas vai inevitavelmente levar a que cada um seja capaz de regular as suas emoções face às questões interpessoais, podendo por vezes surgir algum tipo de conflito.

Segundo Cade (2001 cit. in Santana et al, 2014) a abordagem de grupo permite que o processo de intervenção tenha uma estrutura baseada a situações do quotidiano, que favorece o desenvolvimento de aspetos como o ajustamento social, aprendizagem a partir da experiência do outro e resolução de problemas.

O facto de se trabalhar em contexto de grupo torna cada um dos seus elementos uma pessoa mais rica, uma vez que há partilha de experiências de vida e conhecimentos pessoais diferentes. Assim, quem estiver em posição de liderança deve ter em atenção esta diversidade de características pessoais, interpessoais, profissionais, culturais e personalidades (Melo et al, 2014).

É muito fácil cair na subjetividade em sessões de grupo, uma vez que é mais difícil prestar um apoio e dar uma atenção mais individualizada. Assim, deve privilegiar-se a comunicação quer verbal quer não-verbal, sendo a forma mais comum a primeira, para tentar perceber melhor e de forma mais objetiva e realista as emoções de cada elemento face a si próprio e face ao grupo (Melo et al, 2014). Deve tentar-se ser o mais objetivo possível, não fazendo juízos de valor nem procurando interpretar os comportamentos dos participantes.

Segundo Burke (2011) podem ser apontadas algumas vantagens das intervenções em contexto de grupo:

- Devido à existência de uma maior variedade de experiências, origens e percursos, uma intervenção em grupo dispõe de mais recursos e informações;
- Uma intervenção em grupo estimula a criatividade;
- É mais fácil as pessoas conseguirem lembrar-se de algo que foi discutido em grupo;
- Intervenções em grupo possibilitam uma melhor perceção de si próprio, na medida em que o feedback que cada um recebe ao longo do tempo ajuda a avaliar o seu comportamento interpessoal;
- Intervenções em grupo possibilitam ao indivíduo perceber que tal como ele, outras pessoas podem ter problemas semelhantes, sendo que é mais fácil a cada um obter o apoio necessário;
- Intervenções em grupo permitem às pessoas desenvolver as suas competências comunicativas e de socialização, aprendendo a expressar os seus problemas e a aceitar potenciais críticas;

- Intervenções em grupo podem permitir ao indivíduo aprender comportamentos de outras pessoas com experiências semelhantes.

No entanto, a mesma autora refere ainda aspetos em que a intervenção em contexto de grupo perde para uma intervenção individualizada:

- Pode existir pressão por parte do grupo ou alguns elementos para que alguém aceite a opinião/decisão da maioria;
- Uma discussão pode ser dominada por uma pessoa, fazendo com que outros elementos não se sintam tão envolvidos;
- Não é possível dar uma atenção tão individualizada a cada um, podendo alguma pessoas não estar a receber o apoio necessário;
- Alguns indivíduos podem sentir-se menos seguros ou confortáveis em partilhar algumas informações em frente a um grupo;
- Intervenções em grupo podem constituir uma barreira para indivíduos antissociais, tímidos, impulsivos, agressivos ou psicóticos.

Após uma referência aos aspetos teóricos com relevância para a compreensão do contexto do estágio, passo à descrição da componente prática com uma explicação de todo o processo de intervenção ao longo do ano.

Realização da Prática Profissional

9 Intervenção psicomotora na Câmara Municipal de Almada

No presente capítulo serão apresentadas as informações relacionadas com a componente prática da intervenção ao longo de todo o ano letivo. O presente estágio foi realizado no acompanhamento de diversos grupos inseridos nos projetos Dança & Gira e Aventur.ar.te promovidos pela CMA.

Tal como consta no horário apresentado abaixo, os grupos acompanhados no projeto Dança & Gira foram a Alma Alentejana (7 participantes), Associação GIRA (14 participantes), Associação Almadense Rumo ao Futuro (grupo 1 - 10 participantes e grupo 2 - 9 participantes), Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados do Seixal e Almada (grupo 1 - 17 participantes e grupo 2 - 14 participantes), Externato Zazzo/Alma Sã (grupo 1 - 12 participantes e grupo 2 - 14 participantes), Associação de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (grupo 1 - 13 participantes e grupo 2 - 10 participantes), Centro Comunitário do Laranjeiro/Feijó (10 participantes - sessão conjunta com o CSPVF), Centro Social Paroquial de Vale Figueira (10 participantes (sessão conjunta com CCLF), Centro Social de Paroquial Padre Ricardo Gameiro (9 participantes), Centro Social Paroquial de Almada (7 participantes) e Santa Casa da Misericórdia de Almada (grupo 1 - 7 participantes e grupo 2 - 6 participantes), no total de 11 grupos e 169 participantes.

No Aventur.ar.te foram acompanhados três grupos, Aventur.ar.te 1 (1A - 14 participantes e 1B - 25 participantes) e Aventur.ar.te 2 (Associação GIRA - 15 participantes), num total de 54 participantes.

	SEGUNDA FEIRA		TERÇA FEIRA		QUARTA FEIRA		QUINTA FEIRA		SEXTA FEIRA	
MANHÃ										
			10h00 11h00	Sessão Dança e Gira A A Rumo ao Futuro [Instituição]	10h00 11h00	Sessão Dança e Gira Ext. Zazzo/Alma Sã [Instituição]	10h00 10h45	Sessão Dança e Gira CCLF / CSP Vale Figueira [Complexo Desportivo]	10h00 11h15	Sessão Aventur.ar.te Grupo 2 - Ass. GIRA [Casa Amarela]
			11h00 12h00	Sessão Dança e Gira A A Rumo ao Futuro [Instituição]	11h00 12h00	Sessão Dança e Gira Ext. Zazzo/Alma Sã [Instituição]	10h45 11h30	Sessão Dança e Gira CSPP Ricardo Gam. + 1 [Complexo Desportivo]		
							11h30 12h15	Sessão Dança e Gira CSP Almada [Complexo Desportivo]		
TARDE			13h45 14h45	Sessão Dança e Gira CERCISA [Instituição]	14h15 15h15	Sessão Dança e Gira APPACDM [Complexo Desportivo]	14h15 15h00	Sessão Dança e Gira SCM Almada I [Complexo Desportivo]		
	14h30 15h15	Sessão Dança e Gira Alma Alentejana + 1 [Complexo Desportivo]	14h45 15h45	Sessão Dança e Gira CERCISA [Instituição]	15h15 16h15	Sessão Dança e Gira APPACDM [Complexo Desportivo]	15h00 15h45	Sessão Dança e Gira SCM Almada II [Complexo Desportivo]		
	15h45 16h45	Sessão Dança e Gira Associação Gira [Complexo Desportivo]					17h00 18h15	Sessão Aventur.ar.te Grupo 1A [Casa Amarela]		
							18h15 19h30	Sessão Aventur.ar.te Grupo 1B [Casa Amarela]		

Figura 2 Horário do estagiário

Foram realizadas aproximadamente 34 sessões com cada um dos grupos entre Outubro e Maio, sendo que as sessões com os grupos de idosos e APPACDM decorreram todas no Complexo Municipal dos Desportos do Feijó; as sessões dos grupos do Aventur.ar.te foram realizadas no Centro Cultural Juvenil de Santo Amaro; e os grupos CERCISA, Associação Almadense Rumo ao Futuro e Externato Zazzo/Alma Sã foram realizadas nas respetivas instituições.

No total, o número de horas de intervenção direta foi aproximadamente 810h, sendo que foram ainda consideradas as horas em que estive a trabalhar no planeamento conjunto das atividades dos vários grupos.

Ainda relativamente ao horário, falta referir que o mesmo sofreu algumas alterações ao longo do ano letivo. Numa fase inicial do estágio, as duas últimas sessões da tarde de quinta-feira (dos grupos do Aventur.ar.te) estavam colocadas no horário de quarta-feira à tarde, tendo início e fim à mesma hora. Ainda referente aos grupos do Aventur.ar.te é importante referir que o horário foi alterado novamente, já no segundo semestre, devido à falta de participantes. Assim, as sessões passaram a ser realizadas com apenas um grupo (com os participantes anteriormente divididos em dois grupos) no horário das 18h às 19h15. Também no segundo semestre a sessão do grupo de idosos de quinta-feira de manhã (do Centro Comunitário do Laranjeiro Feijó e Centro Social Paroquial de Vale Figueira) trocou

de horário para segunda-feira às 14h45 (passando a sessão do grupo Alma Alentejana para as 14h), por impossibilidade dos participantes chegarem a horas da sessão.

Numa fase inicial do estágio foi utilizado o tipo de observação participada, sendo que apenas no primeiro dia a observação foi não participada. Progressivamente foram sendo atribuídas funções aos estagiários e fomos ganhando autonomia na dinamização das sessões. Inicialmente começámos por dinamizar apenas uma atividade por sessão, sendo acrescentadas mais atividades aos poucos, até perfazer a sessão completa. Já segundo semestre foi iniciada a dinamização autónoma das sessões, quer dos grupos escolhidos para estudos de caso, quer de outros grupos estipulados pela orientadora local.

Após o período de ambientação, as tarefas a fazer nas sessões iniciais prenderam-se com o processo de avaliação dos participantes de todos os grupos onde realizei a minha intervenção, processo este que foi bastante moroso em alguns casos. No caso dos grupos dos idosos do projeto Dança & Gira o processo de avaliação foi curto, sendo realizado em cerca de três ou quatro sessões.

Embora, como estudos de caso, tivesse apenas dois grupos (Centro Social Paroquial Padre Ricardo Gameiro e APPCDM I) fiquei também responsável pela dinamização e acompanhamento de outros grupos, nomeadamente os dois grupos da Cercisa, os dois grupos do Zazzo, CCLF, CSP de Vale Figueira, CSP Ricardo Gameiro e CSP Almada, planeamento e redação dos relatórios de sessão, que após combinado com a orientadora local tinham de ser entregues até à semana seguinte.

Ainda no que concerne aos relatórios de sessão, numa fase inicial, foram realizados da forma que eu achasse mais adequada (tendo sido elaborados em texto narrativo, como pode ser consultado no **Anexo B**). Posteriormente houve uma alteração, para que a estrutura dos relatórios fosse igual no âmbito dos projetos para toda a equipa técnica (três estagiários e orientadora), sendo criado um documento online em formato Excel para colocar todas as informações referentes às sessões em formato de tabela (**Anexo C**). Este formato definitivo para os relatórios contém a informação do grupo (nome, local e horário da sessão e objetivos) plano e registo de sessão, observações e assiduidade dos participantes. Por uma questão de confidencialidade foram omitidos os nomes dos participantes.

As sessões dos grupos Dança & Gira realizaram-se semanalmente no Complexo Municipal dos Desportos do Feijó, ou no contexto das instituições parceiras do projeto e têm

uma duração média de 45 ou 60 minutos (para idosos e jovens/adultos, respetivamente). O projeto organiza ainda encontros entre os grupos participantes, em espaços comunitários.

Os objetivos gerais definidos para todos os grupos de idosos relacionavam-se essencialmente com três áreas, tendo posteriormente à avaliação inicial sido definidos os objetivos específicos para cada um dos grupos.

Objetivos Gerais:

- Promover o bem-estar;
- Promover e melhorar a mobilidade/competências psicomotoras;
- Promover a manutenção das capacidades cognitivas.

A sessão tipo do Dança & Gira para os idosos está geralmente organizada em cinco momentos, sendo que não existe uma estrutura fixa e pode sofrer alterações com o decorrer da sessão:

1. **Diálogo inicial** – momento em que se faz a contextualização espácio-temporal, e se questiona os participantes de como se sentem. Estes podem ainda partilhar novidades, ideias e sentimentos com duração de 5/10 minutos;
2. **Ativação Geral** – realização de ligeiros movimentos de preparação para as atividades mais exigentes que se seguirão, com duração de 5/10 minutos;
3. **Corpo da sessão** – realização de realização de diversas atividades com o objetivo de desenvolver as competências supracitadas, com duração de 20/30 minutos;
4. **Retorno à calma** – realização de movimentos ligeiros e respiração controlada que promovam a descontração muscular e mental, com duração de 5 minutos;
5. **Diálogo Final** – questionar os participantes sobre o impacto que a sessão teve neles, com duração de 5 minutos.

Nas sessões com os idosos, há a participação de auxiliares da instituição que os acompanham, assistem e realizam também as tarefas da sessão.

A redação dos objetivos dos grupos de jovens e adultos integrados no projeto Dança & Gira foi concluída apenas no segundo semestre. Visto que os participantes de cada grupo não variam muito, os objetivos que serão definidos serão também aplicados no próximo ano. Assim, será apresentado mais à frente o perfil do grupo.

A sessão tipo do Dança & Gira para os jovens e adultos está organizada em três momentos principais e, assim como a estrutura das sessões dos grupos de idosos, pode sofrer alterações com o decorrer da mesma:

1. **Diálogo inicial** – momento em que os participantes podem partilhar novidades, ideias e sentimentos com o grupo com duração de 5/10 minutos;
2. **Corpo da sessão** – realização de diversas atividades com o objetivo de desenvolver as competências supracitadas, com duração de 40/45 minutos;
3. **Diálogo Final** – questionar os participantes sobre o impacto que a sessão teve neles, com duração aproximada de 5 minutos.

As sessões dos grupos de idosos são todas realizadas num ginásio do Complexo Municipal dos Desportos do Feijó, bem como dos grupos da APPCDM e Associação Gira, sendo que os restantes grupos de jovens e adultos têm as sessões nas respetivas instituições. No ginásio existem diversos materiais que podem ser utilizados, tais como: bolas de pilates e outras de menores dimensões, bancos suecos, colchões de diferentes tamanhos, espaldares, pinos, bastões, arcos, trampolins, cadeiras e uma aparelhagem. Neste espaço existe ainda um palco que por diversas vezes é utilizado para realizar atividades, nomeadamente o aquecimento e alongamentos (para que os participantes consigam observar bem todos os movimentos da equipa técnica).

No que concerne ao projeto Aventur.ar.te foram definidos todos os objetivos (gerais e específicos) associados a cada um dos grupos:

Objetivos Gerais do Projeto Aventur.ar.te:

- Promover as competências socio-emocionais;
- Promover o lazer.

Objetivos Específicos do Projeto Aventur.ar.te:

1. Promover as competências socio-emocionais

1.1. Os participantes devem ser capazes de mostrar iniciativa em cooperar, ajudando os colegas com maiores dificuldades, em pelo menos uma atividade por sessão;

1.2. Os participantes devem ser capazes ter um comportamento assertivo durante o decorrer da sessão, em situações de frustração (e.g. não levantar o tom de voz; não

virar as costas quando alguém fala com eles; não abandonar a sessão antes do final da mesma; utilizar uma linguagem adequada; não gozar com os outros…);

1.3. Os participantes devem ser capazes adotar formas adequadas para resolver conflitos que prejudiquem o decorrer da sessão e/ou o bem-estar dos colegas, devendo reconhecer quando estão errados e ser capazes de pedir desculpa, caso ocorram;

1.4. Os participantes devem ser capazes de estar atentos na tarefa realizada, não demonstrando mais de dois períodos de desconexão;

1.5. Os participantes devem ser capazes de valorizar os colegas, pelo menos uma vez durante a sessão.

2. Promover o lazer

2.1. Os participantes devem ser capazes de participar em 2 ou 3 atividades exteriores, até ao final do ano, que sejam apresentadas pela equipa técnica e escolhida por eles.

A sessão tipo do Aventur.ar.te está organizada em três momentos e não tem uma estrutura fixa podendo sofrer alterações no decorrer da mesma:

1. **Diálogo inicial** – momento em que os participantes podem partilhar novidades, ideias e sentimentos com o grupo com duração de 15/20 minutos;
2. **Corpo da sessão** – realização de diversas atividades com o objetivo de desenvolver as competências supracitadas, existindo um posterior momento de reflexão sobre o que foi realizado, com duração de 40/50 minutos;
3. **Diálogo Final** – reflexão sobre os objetivos do Aventur.ar.te e dar a conhecer aos indivíduos as atividades da agenda mensal de Almada.

As sessões de grupo do Aventur.ar.te realizam-se semanalmente no Centro Cultural Juvenil de Santo Amaro, no Laranjeiro, e têm uma duração média entre 75 a 90 minutos. Em contexto do projeto é organizada mensalmente a participação numa atividade de lazer na comunidade, escolhida de acordo com os interesses dos indivíduos. No final do ano letivo, os participantes usufruem ainda de um fim-de-semana de lazer no Concelho, financiado pela C. M. Almada.

Em anexo (**Anexo D**) pode ainda ser encontrado todo o plano anual de atividades.

9.1 Instrumentos de avaliação

Para uma melhor contextualização de todo o processo de avaliação e resultados do mesmo, torna-se relevante fazer uma pequena abordagem a cada um dos instrumentos de avaliação que foram utilizados em cada grupo, ao longo do ano. De modo a ter conhecimento dos parâmetros avaliados em cada um deles e perceber de que forma contribuíram para a definição dos objetivos para cada um dos grupos.

9.1.1 Movement Acessment and Recording App (MARA)

No processo de avaliação dos grupos de jovens e adultos integrados no projeto Dança & Gira foi utilizado o instrumento de avaliação *Movement Assessment and Recording App* - MARA (Dunphy & Mullane, 2016). Tal como já foi referido anteriormente, a redação dos objetivos destes grupos (consequente ao processo de avaliação) ainda não foi realizada, visto que o processo de avaliação e tratamento dos respetivos dados recolhidos não foi ainda concluído.

Uma vez que as sessões se realizam em contexto de grupo, tendo alguns deles bastantes participantes, a avaliação realizada foi um processo bastante moroso. Também o facto de ser uma avaliação experimental, na medida em que foi a primeira avaliação realizada com este instrumento, levou a essa demora. Deste modo, por ser um instrumento muito completo que avalia múltiplos parâmetros, a equipa técnica decidiu não realizar uma avaliação inicial e uma avaliação final, sendo apenas feita uma avaliação ao longo do ano. Após o tratamento dos dados serão então redigidos os objetivos para cada um dos grupos que se aplicarão aquando do próximo ano.

Movement Assessment and Recording App (MARA) é a primeira aplicação para iPad a usar em sessões de dança movimento terapia (Dunphy & Mullane, 2016).

Assim, o MARA é um instrumento de avaliação que se baseia num modelo compreensivo, *Framework for Dance Movement Assessment*, desenvolvido por Dunphy e Mullane (2016), criado para avaliar o progresso dos indivíduos com dificuldades intelectuais em vários domínios.

O MARA pode ser aplicado em diversos contextos, e permite aos terapeutas selecionar os domínios terapêuticos e focos que pretendem avaliar em cada sessão,

abrangendo domínios físicos, culturais, cognitivos, emocionais e interpessoais (Dunphy & Mullane, 2016).

Este produto ajuda a avaliar o progresso dos clientes de forma eficaz e eficiente, e a sua aplicação permite consultar a evolução que os indivíduos têm ao longo do tempo através do trabalho com os técnicos. O MARA é simples de usar e utiliza uma linguagem simples que permite que os resultados da avaliação sejam compreendidos por todos (Dunphy & Mullane, 2016).

Esta aplicação permite que os terapeutas avaliem os domínios à medida que decorrem as sessões, sem que seja necessário material e tempo extra após a sessão para registar e tratar os resultados. Os resultados são fáceis de obter, visto que a aplicação transforma os dados e agrupa-os em tabelas e gráficos. O progresso dos indivíduos pode assimser comparado ao longo do tempo, entre indivíduos e dentro do próprio grupo, o que reduz a necessidade de tratar dados para fazer a avaliação (Dunphy & Mullane, 2016).

A aplicação do Mara permite o armazenamento dos dados pessoais dos clientes e a monitorização da participação dos mesmos (e.g. número de sessões que participam). Permite ainda que os registos dos indivíduos sejam organizados em grupos, e que sejam incluídas outras formas de recolha de dados (e.g. fotos, vídeos, desenho, gravação de som e notas da sessão) (Dunphy & Mullane, 2016).

O instrumento encontra-se dividido em 5 domínios (Físico, Cultural, Emocional, Cognitivo e Interpessoal) e 18 subdomínios, sendo constituída por 62 parâmetros/objetivos terapêuticos (Dunphy & Mullane, 2016).

A avaliação do MARA é feita através de uma escala de 1 a 9. A aplicação e a tabela foram facilitadas por uma das autoras, Kim Dunphy, sendo que tanto a aplicação como a tabela ainda estão em desenvolvimento (Dunphy & Mullane, 2016).

Relativamente aos grupos de idosos com demência inseridos no projeto Dança & Gira, foram utilizados quatro instrumentos de avaliação, nomeadamente o QOL-AD, a Escala de Katz, a Escala de Observação do Envolvimento Adaptado de Ferre Laevers e um Questionário sobre a Perceção dos Cuidadores sobre os Fatores Psicomotores. Foram utilizados estes quatro por permitirem a recolha de informação relacionada com diversas áreas de interesse para perceber a eficácia e benefício do projeto, como ao nível da qualidade

de vida, fatores psicomotores e dependência na realização de atividades básicas da vida diária e o envolvimento dos participantes nas sessões.

Segundo Naglie (2007), ao longo dos tempos, têm sido utilizadas três abordagens distintas para avaliação da qualidade de vida em doentes com demência:

1. Observação direta de comportamentos ou outros aspetos possivelmente relacionados com a qualidade de vida dos doentes;
2. Informação fornecida pelos familiares ou cuidadores;
3. Autoavaliação por parte do próprio indivíduo com demência.

9.1.2 Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD)

A primeira escala, Qualitie of Life in Alzheimer's Disease - QOL-AD (Logsdon, Gibbons, McCurry, & Teri, 2002), utiliza dois dos métodos mencionados por Naglie, um através de informação fornecida por um dos familiares ou cuidadores e outro através de uma autoavaliação feita pelo próprio doente.

Esta escala apresenta uma página inicial onde fornece algumas instruções sobre a forma adequada para a sua aplicação, bem como informações sobre o procedimento a adotar (Logsdon et al, 2002).

Assim, esta escala deve ser aplicada num formato de entrevista ao doente com demência devendo o mesmo ter acesso ao formulário, para que possa ir acompanhando as questões que devem ser realizadas de acordo com as indicações referidas a negrito. Existem apenas quatro opções de resposta de acordo com uma escala de Likert com as opções: Fraco, Razoável, Bom e Excelente; sendo que apenas pode ser dada uma resposta por questão em que o entrevistador não pode fazer quaisquer sugestões (deve fazer a questão e apresentar as quatro opções para que o doente possa responder qual acha que é mais adequada). Caso o doente não consiga escolher uma opção de resposta, tal deve ser referido nos comentários e, caso não consiga compreender e/ou responder, deve terminar-se a aplicação da escala e mencionar nos comentários (Logsdon et al, 2002).

A cotação associada a cada opção de resposta é feita da seguinte forma: Fraco = 1; Razoável = 2; Bom = 3 e Excelente = 4. A pontuação total atribuída corresponde à soma dos 13 itens que compõem a escala e, caso se pretenda calcular a pontuação conjunta das duas

aplicações (ao doente e ao familiar/cuidador), a mesma deve seguir a seguinte fórmula: (2 x pontuação escala doente + pontuação escala cuidador) : 3 (Logsdon et al, 2002).

9.1.3 Escala de Katz

A Escala de Katz permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades básicas da vida diária, nomeadamente, tomar banho, vestir, utilizar a sanita, transferência (cama para a cadeira), controlo dos esfíncteres e alimentação, podendo assim tirar conclusões acerca do seu estado funcional. A informação pode ser obtida através da observação direta e/ou através de um questionário direto ao idoso, familiares ou cuidadores (Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, s.d.).

Para cada atividade básica de vida diária, o idoso é classificado como dependente (0) ou independente (1). Caso o idoso recuse ou não tenha o hábito de fazer uma determinada tarefa, considera-se a opção de resposta "dependente" nesse item (Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, s.d.).

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 6 atividades básicas de vida diária, sendo que a classificação do doente em questão é feita com base na tabela apresentada em anexo. O doente pode ser classificado segundo cinco categorias distintas: dependência total, dependência grave, dependência moderada, dependência ligeira ou independência total (Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, s.d.).

9.1.4 Escala de Observação do Envolvimento

De acordo com as três abordagens referidas por Naglie (2007), podemos ainda encontrar uma terceira que ainda não foi mencionada no âmbito dos instrumentos de avaliação apresentados.

Segundo Vella-Burrows & Wilson (2016), relativamente a instrumentos que impliquem uma observação direta por parte de terceiros, é importante referir que este tipo de instrumentos foi inicialmente utilizado no âmbito da educação. Foi no início dos anos 90, na bélgica, que o *Research for Experimental Education Centre* da Universidade de Leuven desenvolveu dois instrumentos de observação (uma escala de observação do bem-estar em

crianças e uma escala de observação do envolvimento para crianças). As duas escalas, Leuven Child Well Being Scale e Leuven Involvement Scale for Young Children, medem os níveis a que as crianças estão livres de tensão emocional e a intensidade com que estão envolvidas em determinada atividade, respetivamente.

Qualquer uma das escalas acima mencionada foi adaptada por Vella-Burrows & Wilson (2016) sendo que ao longo do processo de avaliação no estágio foi apenas utilizada a adaptação da Escala de Observação do Envolvimento.

A escala utiliza uma classificação de 1 a 5 (sendo 1 o valor mais baixo e a classificação total máxima do instrumento de 25 pontos) para quantificar o nível de empenho, expressão criativa, conectividade, comunicação verbal e comunicação não-verbal do doente ao longo de diversos períodos definidos, ao longo da sessão. Para cada um dos cinco parâmetros avaliados a tabela apresenta-se dividida por períodos de tempo, em minutos, para perceber como evolui a classificação de cada parâmetro ao longo da sessão (Vella-Burrows & Wilson, 2016).

9.1.5 Questionário sobre a perceção do cuidador formal sobre os fatores psicomotores

A Avaliação Psicomotora foi realizada com base em questionários feitos aos cuidadores, Questionário sobre a perceção do cuidador formal sobre os fatores psicomotores, para aferir a sua perceção sobre o nível de dificuldade que consideram que os participantes têm em atividades de vida diária que tenham por base os fatores psicomotores - Tonicidade, Equilibração, Lateralidade, Noção Corporal, Estruturação espácio-temporal, Praxia Global e Praxia motora fina. Em termos de classificação apresenta cinco opções de resposta baseadas no nível de dificuldade apresentado pelo participante nas tarefas acima descritas: 1 - sem dificuldade, 2 - pouca dificuldade, 3 - alguma dificuldade, 4 - muita dificuldade e 5 - extrema dificuldade.

O questionário foi elaborado no Google Forms e é constituído por sete itens: Regular o tónus muscular (dificuldade, por exemplo, demonstrando rigidez muscular), Equilibração (dificuldade, por exemplo, dando muitas quedas, ou fazendo muitas reequilibrações quando se levanta da cadeira), Lateralidade (dificuldade, por exemplo, em distinguir a esquerda da direita), Noção corporal (dificuldade, por exemplo, em combinar movimentos contralaterais

- da esquerda para a direita -, em reproduzir gestos, em identificar as partes do corpo), Estruturação espacio-temporal (dificuldade, por exemplo, em acompanhar ou reproduzir um ritmo, ou em responder às posições espaciais solicitadas), Coordenação motora global (dificuldade, por exemplo, na coordenação em atividades com bola, com o pé ou com a mão) e Coordenação motora fina (dificuldade, por exemplo, na preensão de objetos pequenos, na força, na diferenciação motora dos dedos).

A decisão da avaliação psicomotora com base na perceção de terceiros justifica-se pelas características dos participantes e pelo tempo disponível, que não são compatíveis com a aplicação de instrumentos de observação formalmente criados para o efeito, que se vê morosa e impulsionadora de sentimentos de frustração e ansiedade no caso de pessoas com demência.

Coloca-se em questão a validade das respostas obtidas por não se saber se os prestadores de cuidados que responderam ao questionário têm noções relacionadas com os fatores psicomotores. Não se sabe então se sabem o que é a tonicidade, equilibração, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina.

Relativamente aos grupos do projeto Aventur.ar.te foram utilizados outros quatro instrumentos, a WHOQOL-BREF, a Escala de Perceção da Liberdade no Lazer, Bateria de Avaliação do Lazer e uma Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais.

9.2 Apresentação dos estudos de caso e resultados

9.2.1 Intervenção no grupo do Centro Social Paroquial Padre Ricardo Gameiro

Como já foi referido anteriormente, o grupo de idosos do projeto Dança & Gira estudo de caso foi o grupo dos participantes do Centro Social Paroquial Padre Ricardo Gameiro, tal como já foram mencionados os instrumentos utilizados para a sua avaliação.

Inicialmente o grupo era constituído por sete participantes, sendo que ao longo do ano foi sofrendo algumas alterações, tendo alguns participantes saído e dando lugar a outros. Sendo um projeto destinado a idosos com demência e apesar de existir esse critério de inclusão, por alguns participantes deixarem de estar em condições para participar no projeto, a própria instituição possibilitou a participação de idosos sem demência nas vagas existentes.

Atualmente e, após o estágio curricular o grupo é constituído por seis participantes, sendo que três deles entraram mais tarde (F., C e N.). A tabela abaixo (**Tabela 1**) apresenta algumas informações gerais sobre todos os participantes do grupo ao longo do ano. As alterações pontuais, no que diz respeito aos elementos constituintes dos grupos de idosos na generalidade, estão relacionadas na maioria das vezes com as condições de saúde dos mesmos, estando eles mais suscetíveis a problemas de saúde que outros participantes mais novos do projeto. Assim, muitas vezes por questões de doença ou por simplesmente não terem condições para participar, as próprias instituições retiram o idoso do projeto e dão oportunidade a outros para participar. A dois dos participantes que entraram mais tarde (F.P. e C.L.), apesar de não apresentarem qualquer tipo de demência e não estarem incluídos na população-alvo do projeto Dança & Gira, foi dada a oportunidade de integrarem o grupo da respetiva instituição.

Tabela 1 Participantes do projeto Dança & Gira (idosos)

NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	PATOLOGIA
A.M.	25.01.1930	88	Alzheimer
E.R.	25.03.1935	83	Alzheimer
C.J.	26.04.1929	89	Demência não especificada
D.A.	25.06.1935	83	Demência não especificada
M.A.	27.04.1920	98	Alzheimer
B.G.	19.02.1934	84	Síndrome Demencial
F.P.	08.01.1927	90	Diabetes Melitus, hipertensão arterial, omalgia dta, litíase biliar
C.L	24.03.1926	92	Rinite alérgica, asma, psicose, hipertensão arterial
N.M	08.10.1933	84	Deterioração cognitiva com “esquecimentos frequentes”
F.B	12.06.1940	78	Alzheimer em fase inicial

Após análise dos dados recolhidos através da aplicação dos instrumentos de avaliação e definição das competências prioritárias a ser trabalhadas, tendo em conta as características dos participantes do grupo Centro Social e Paroquial Ricardo Gameiro, foram definidos os objetivos específicos segundo as orientações SMART (*specific, measurable, attainable, realistic and time-bound*):

1. **Promover o bem-estar**

1.1 O participante deve ser capaz de demonstrar um nível médio a elevado de envolvimento, em pelo menos 2 atividades propostas por sessão, apresentando contacto visual geralmente consistente e postura corporal recetiva (tónus muscular apropriado à atividade, com membros corporais disponíveis para o movimento/mobilização, sem apoio individualizado.

2. **Promover a manutenção das capacidades cognitivas**

2.1 O participante deve ser capaz de solucionar atividades de memória, num ginásio, após a equipa técnica fornecer um conjunto de estímulos (podendo errar no máximo 3 vezes);

2.2 O participante deve ser capaz de focar a atenção na atividade, iniciando autonomamente uma atividade proposta, por sessão.

3. **Promover e melhorar a mobilidade/competências psicomotoras**

3.1 O participante deve ser capaz de manter o equilíbrio dinâmico do corpo, durante transferências de peso de um membro inferior para o outro, com uma base de apoio alargada e com uma mão apoiada na barra/parede/cadeira;

3.2 O participante deve ser capaz de realizar os movimentos propostos e demonstrados pela equipa técnica, entre média e alta amplitude em pelo menos uma atividade.

Relativamente ao instrumento de avaliação Quality of Life in Alzheimer's Disease - QOL-AD, este foi aplicado em dois momentos distintos (avaliação inicial e final). Assim sendo, apenas foram analisados os dados das participantes que estiveram presentes em ambos os momentos de avaliação e de quem tive todos os dados para analisar, para ter algo que pudesse ser comparado. Pela mesma razão não será feita uma análise grupal. É ainda

importante referir que os gráficos com os resultados utilizam a numeração correspondente a cada uma das cotações possíveis, tal como foi apresentado na descrição do instrumento.

Inicialmente serão apresentadas as tabelas e os gráficos com as pontuações finais do instrumento de avaliação, que dizem respeito aos valores obtidos através da fórmula apresentada mais acima na descrição do mesmo. Posteriormente, serão apresentados os gráficos individuais referentes à opinião das próprias participantes e cuidadores/técnicos. A aplicação do instrumento aos cuidadores/técnicos tem como base a sua opinião sobre o que acham que os participantes pensam em relação aos itens avaliados.

De seguida são então apresentados as tabelas e gráficos referentes às duas participantes cujas respostas ao instrumento foram analisadas, sendo apresentados os resultados em anexo (Anexo E).

Tabela 4 Avaliação inicial QOL-AD (através da fórmula de cálculo da pontuação final)

Participante	Técnica	Cuidadores	Próprio	Total
C.J.	Fisioterapeuta	35	38	37
B.G.	Fisioterapeuta	33	28	30

Tabela 7 Avaliação final QOL-AD (através da fórmula de cálculo da pontuação final)

Participante	Técnica	Cuidadores	Próprio	Total
C.J.	Cuidadora (Saúde)	28	35	33
B.G.	Fisioterapeuta	35	39	38

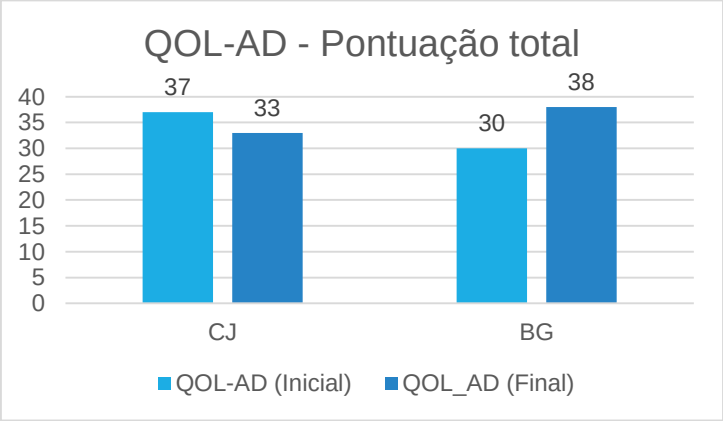


Figura 3 Valores finais obtidos através da fórmula de cálculo

Por observação do gráfico com as pontuações totais de cada uma das participantes, pode apenas concluir-se que as suas pontuações são bastante distintas, não em valor mas porque num dos casos se verifica uma melhoria e noutro um decréscimo (no caso da participante B.G. e C.J. respetivamente). Por essa razão e pelo facto da amostra avaliada ser muito reduzida não podem ser tiradas mais conclusões, nomeadamente acerca da eficácia e benefício do projeto na perceção da qualidade de vida dos participantes.

Também é importante referir que o instrumento avalia inúmeros parâmetros relacionados com a qualidade de vida de um indivíduo, mas que o projeto e o trabalho semanal que é realizado com os participantes não abrange todos eles. O projeto possibilita uma atuação ao nível saúde física, energia, humor/disposição, memória, opinião de como se sente no geral, capacidade para realizar as tarefas de vida diária e opinião sobre a vida como um todo, ficando de parte os restantes itens (que influenciam também o resultado final da aplicação do instrumento).

Então não basta uma análise apenas do último gráfico. Esta análise deve ser complementada com os gráficos apresentados abaixo, com as opiniões descriminadas de cada uma das intervenientes.

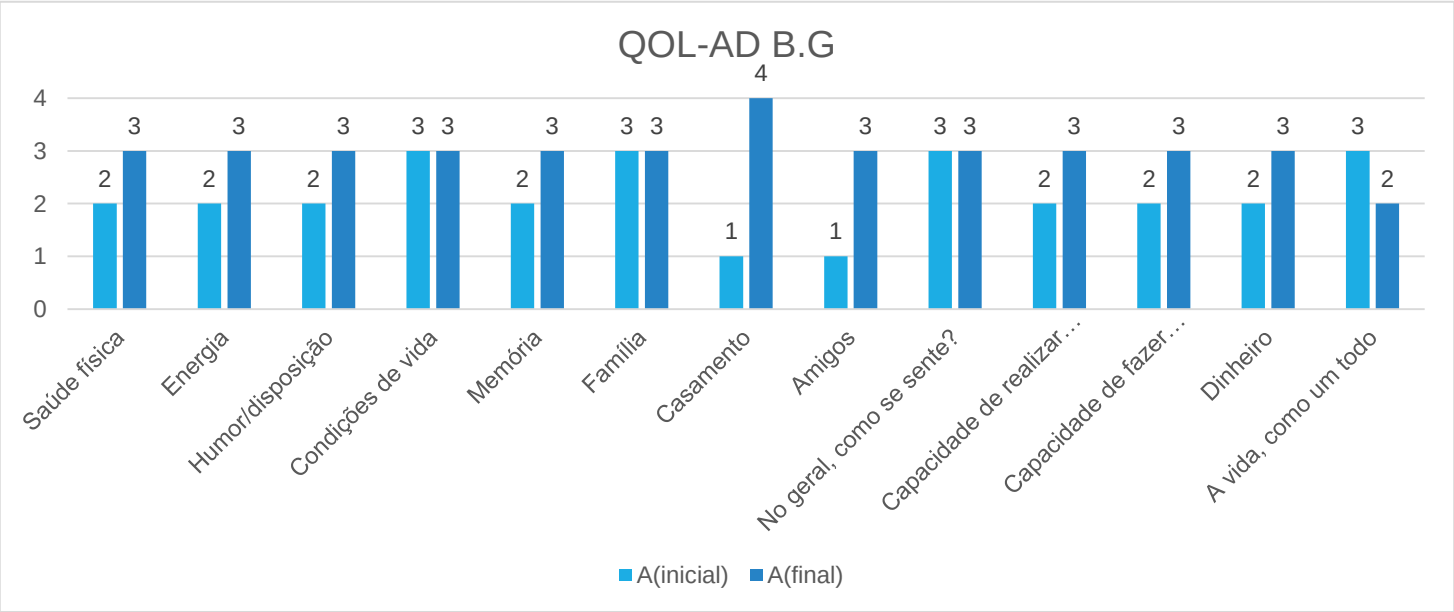


Figura 4 Avaliação inicial vs final da participante B.G (opinião da própria em cada item QOL-AD)

Relativamente à primeira participante analisada, a B.G, pode verificar-se que a sua perceção e opinião melhorou quase na totalidade dos parâmetros avaliados. A única descida pode ser observada nos valores do último parâmetro (A vida, como um todo), verificando-se uma descida de um valor. A grande maioria dos parâmetros apresenta uma diferença positiva de um valor, sendo que os parâmetros do casamento e amigos apresentam diferenças de três e dois valores, respetivamente. No que diz respeito às condições de vida, família e à forma como se sente, no geral, não foram verificadas alterações, sendo avaliados em "Bom" (no valor de três).

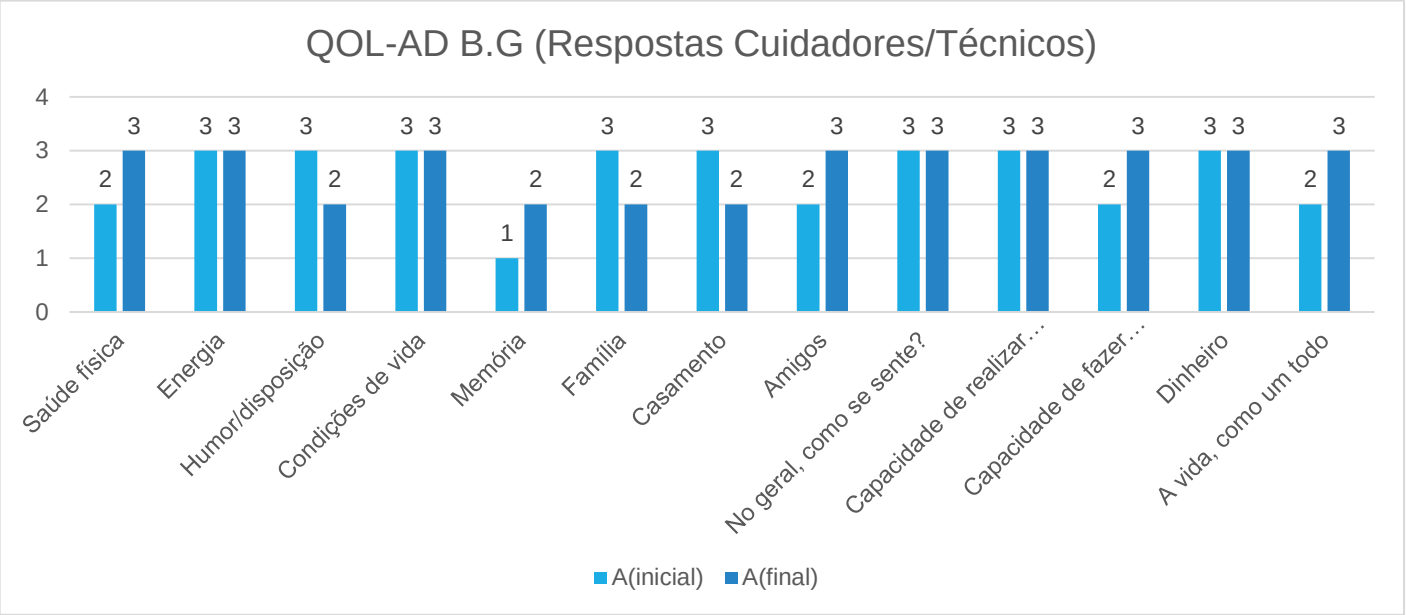


Figura 5 Avaliação inicial vs final da participante B.G (opinião da técnica/cuidadora em cada item QOL-AD)

O instrumento foi também aplicado à fisioterapeuta que acompanhava o grupo (no início e no fim) e como pode ser observado, tendo em conta ambos os gráficos apresentados) a sua opinião não diverge muito da opinião da própria participante. Podem verificar-se algumas discrepâncias de um valor em alguns dos itens avaliados, sendo que alguns até são avaliados no mesmo valor. As discrepâncias maiores foram obtidas nos itens da memória e casamento, apresentando diferenças maiores nos valores. É importante referir a diferença de opinião entre a participante e a fisioterapeuta na classificação do último item "A vida, como um todo", verificando-se uma opinião completamente contrária. Enquanto na opinião da

participante se verifica uma descida de um valor, a fisioterapeuta apresenta a subida de um valor.

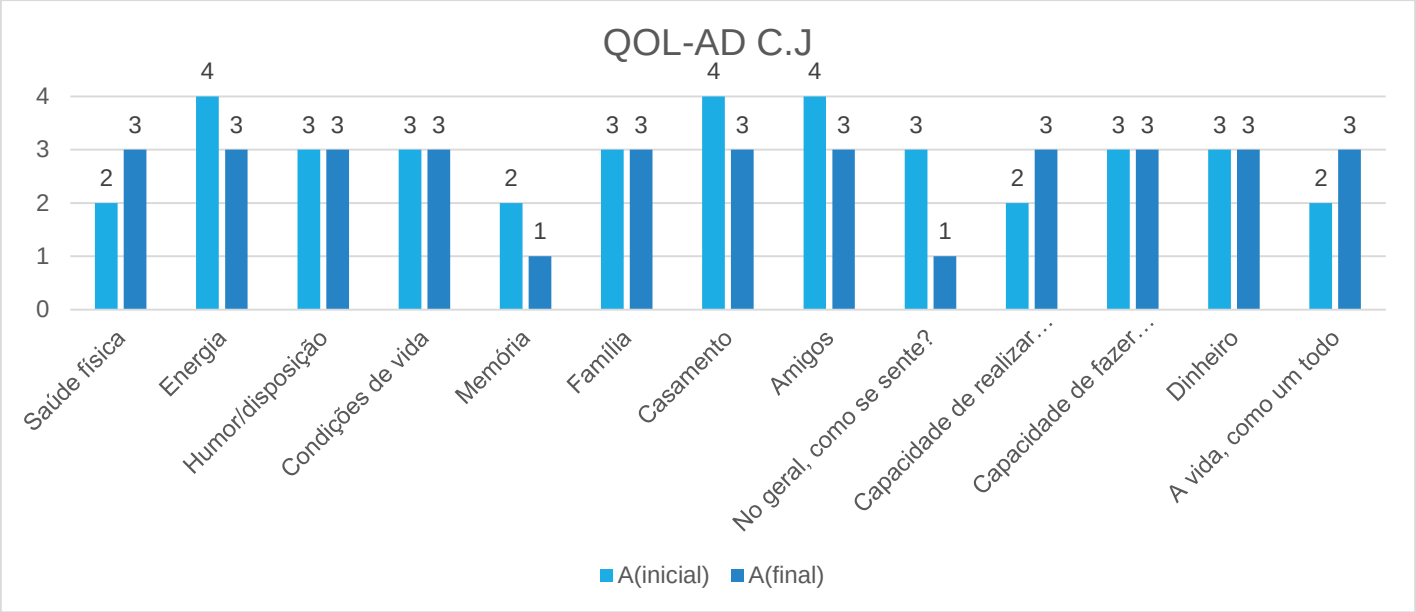


Figura 6 Avaliação inicial vs final da participante C.J. (opinião da própria em cada item QOL-AD)

A segunda participante avaliada, C.J, apresentou melhorias nos parâmetros da saúde física, capacidade de realizar as tarefas em casa e na opinião relativamente à vida como um todo. A opinião relativamente ao humor/disposição, às suas condições de vida, à família, à capacidade de fazer coisas para se divertir e ao dinheiro manteve-se constante. Podem ainda ser observadas alterações negativas no âmbito da energia, memória, casamento, amigos e à forma como se sente no geral. Apesar de algumas melhorias em alguns parâmetros e algumas manutenções de valores noutros, a participante considera que de forma geral se sentia pior na avaliação final, comparativamente ao primeiro momento de avaliação. É importante referir que este último item foi o que apresentou uma diferença maior entre o valor inicial e o valor final.

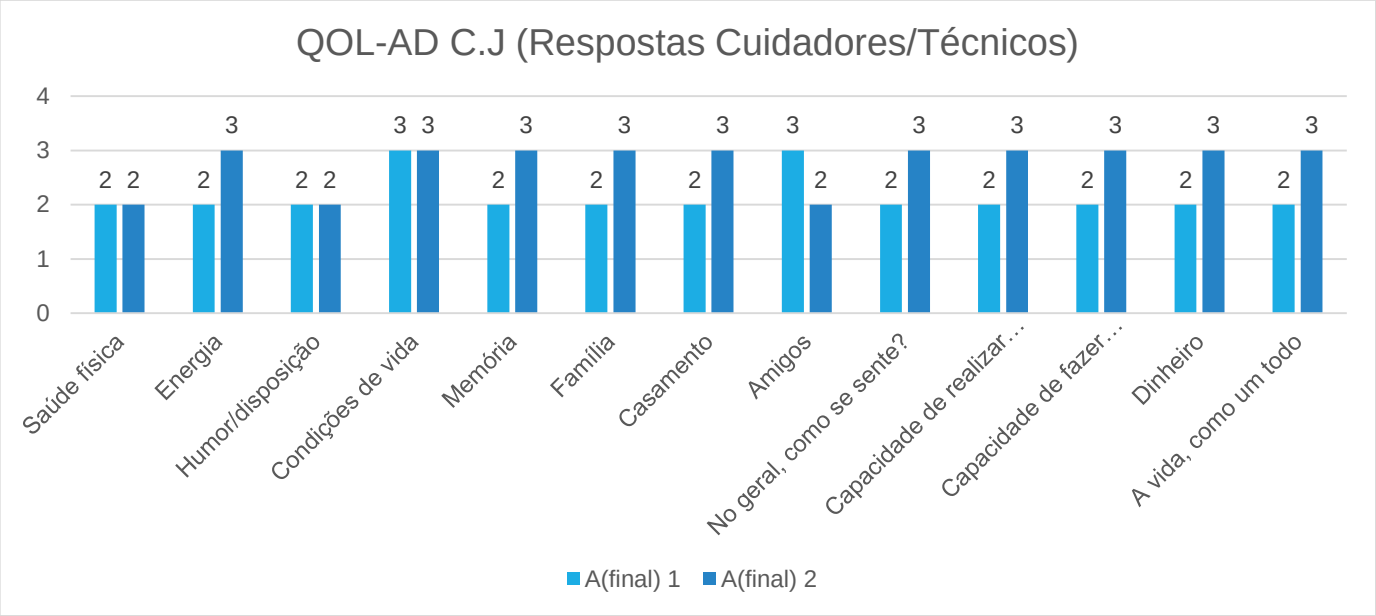


Figura 7 Avaliação inicial vs final da participante C.J. (opinião da técnica/cuidadora em cada item QOL-AD)

Uma vez que quem preencheu o instrumento na avaliação inicial (fisioterapeuta) não foi a mesma pessoa que preencheu na avaliação final (sendo que duas pessoas distintas o fizeram na avaliação final, uma cuidadora e uma técnica, respetivamente A(final) 1 e A(final) 2) optei por colocar a perspetiva de duas pessoas que têm contacto frequente com a participante. Deste modo é possível perceber se as opiniões diferem muito e se vão ao encontro da opinião da própria participante.

É possível observar que embora as diferenças dos valores não sejam grandes, não há concordância na grande maioria dos parâmetros, verificando-se opiniões contrárias. Os únicos itens nos quais houve concordância entre as opiniões da cuidadora e da técnica foram ao nível da saúde física, humor/disposição e condições de vida. E, quando comparados estes três itens com a opinião da participante, pode verificar-se que não há muitas diferenças nos valores. Apenas no parâmetro do humor/disposição é que houve diferença de valores, sendo que a participante se considera geralmente mais bem-disposta do que consideram as técnicas.

No que diz respeito à Escala de Katz foram analisados os resultados de duas participantes, tendo as informações sido obtidas através da fisioterapeuta que acompanhava o grupo nas sessões (Anexo F). Foram analisados os dados referentes a estas duas pelo facto de os outros três (sobre os quais a fisioterapeuta também forneceu informação) terem sido

retirados do projeto muito cedo ou não terem informações dos dois momentos de avaliação. Assim, são fornecidas informações sobre as participantes C.J e B.G.

Como já foi mencionado anteriormente, para cada atividade básica de vida diária, o idoso é classificado como dependente (0) ou independente (1). Com base nos valores finais obtidos será percebido o grau de dependência das participantes avaliadas.

São então apresentados os gráficos das participantes.

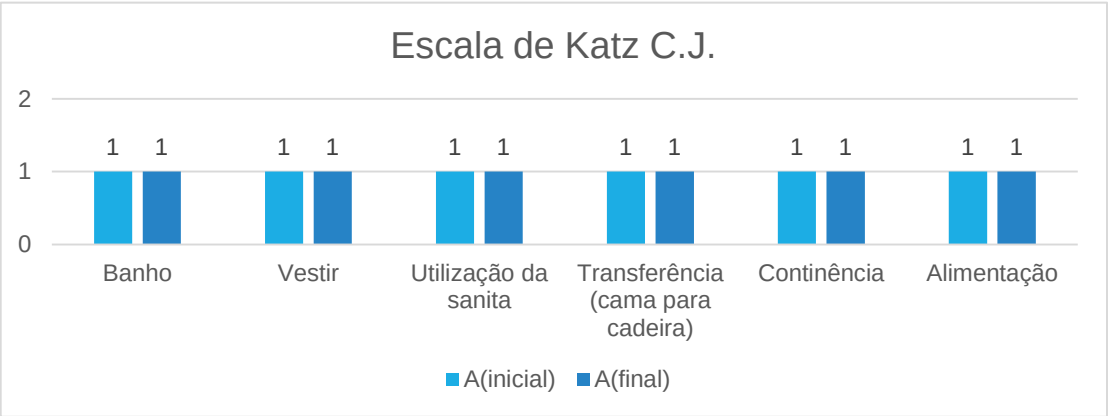


Figura 8 Avaliação inicial vs final (participante C.J na Escala de Katz)

Através da observação do gráfico pode perceber-se que, segundo a fisioterapeuta que acompanha o grupo, ao nível das atividades básicas consideradas a participante é independente na realização de cada uma delas. Assim, pode concluir-se que, no âmbito destas atividades, a participante C.J. apresenta independência total (com um valor total de 6 pontos).

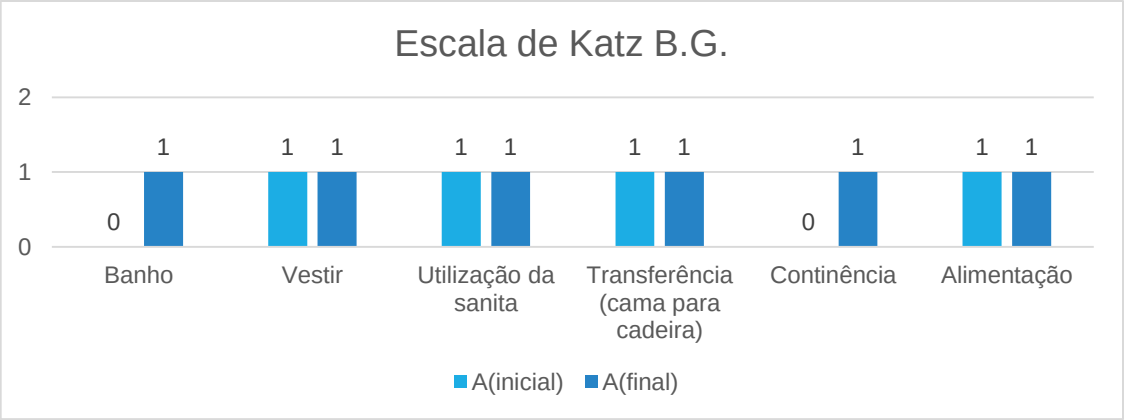


Figura 9 Avaliação inicial vs final (participante B.G na Escala de Katz)

A participante B.G apresentou melhorias ao longo do ano. Pode observar-se que a participante passou de dependente a independente em dois dos parâmetros avaliados, nomeadamente no âmbito de tomar banho sozinha e da continência. Nas restantes atividades básicas a avaliação manteve-se no nível independente. Analisando mais pormenorizadamente a mudança de estado ao nível do banho, esta alteração pode dever-se a algumas competências adquiridas no Projeto Dança & Gira. Uma vez que para tomar banho sozinha a participante necessita de ter alguma fluidez e amplitude de movimentos, bem como uma boa estabilidade e equilíbrio, pode relacionar-se esta melhoria a alguns aspetos trabalhados no projeto. Este pode ter contribuído positivamente para esta melhoria visto que parâmetros como os referidos anteriormente são trabalhados nas sessões, seja em atividades mais elaboradas e com objetivos mais específicos, ou no aquecimento e alongamento (que pressupõem a realização de movimentos mais específicos em que e em que se pretende que os participantes seja capazes de, progressivamente, adquirir maior amplitude, fluidez, facilidade e perfeição nos movimentos). Pretende-se portanto que através das atividades realizadas, os participantes sejam capazes de transportar para a sua vida e atividades diárias o que fazem nas sessões todas as semanas. É ainda importante referir que com sessões mais regulares, em vez de serem apenas uma vez por semana, a probabilidade de haver mais melhorias seria ainda mais elevada.

Em relação à Escala de Observação do Envolvimento foram analisados apenas os resultados de cinco participantes. A razão pela qual não foram analisados os resultados de todos os participantes deve-se ao facto de nem todos terem estado presentes nas sessões de avaliação. Deste modo, procedeu-se apenas à avaliação dos cinco participantes que estiveram presentes em pelo menos dois dos três momentos de avaliação. É importante também referir que, uma vez que os participantes não estiveram presentes nos mesmos momentos de avaliação, procedeu-se a uma análise individualizada de cada um, em detrimento de uma abordagem global do grupo. Os valores apresentados estão de acordo com os parâmetros de avaliação de cada item, presentes no instrumento (Anexo G).

Em termos quantitativos, a aplicação da escala foi feita em três momentos distintos, uma no início do ano letivo, uma segunda mais intermédia e uma última perto do fim do estágio. Com estas três aplicações em momentos diferentes pretendia perceber-se se podiam verificar-se diferenças ao nível da participação e envolvimento dos participantes nas atividades ao longo do ano. Esta aplicação possibilitou perceber as diferenças quer a longo

prazo (ao longo de todo o período de estágio), quer a curto prazo (possibilitando uma avaliação do envolvimento do participante ao longo da sessão).

De seguida, são apresentados os gráficos com os resultados de cada participante.

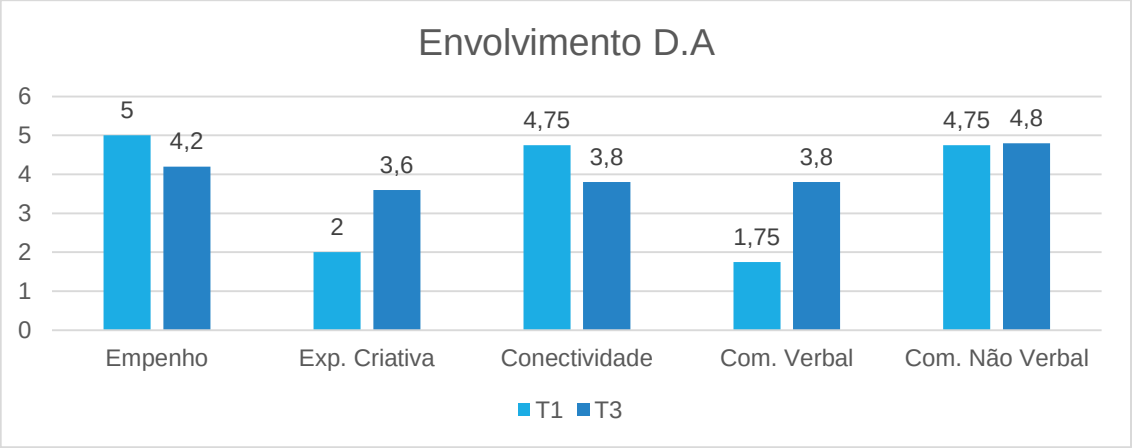


Figura 10 Avaliação T1 vs T3 da participante D.A (Escala de Observação do Envolvimento)

Através da observação do primeiro gráfico pode observar-se que a participante D.A esteve apenas presente no primeiro e último momento de avaliação. Podem verificar-se melhorias ao nível da expressão criativa e comunicação verbal (sendo a maior variação relativa ao último aspeto) e descidas nos níveis de empenho e conectividade. Ainda assim os valores mais elevados que podem ser observados foram ao nível do empenho (apesar da ligeira descida) e da comunicação não-verbal. Em termos da comunicação não-verbal as diferenças não são significativas, tendo no entanto existido uma ligeira melhoria).

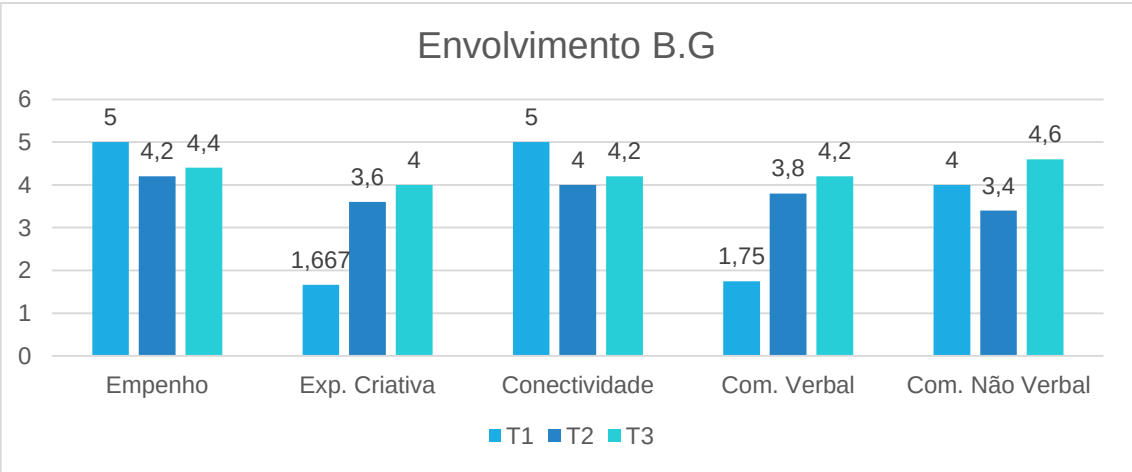


Figura 11 Avaliação T1 vs T2 vs T3 da participante B.G (Escala de Observação do Envolvimento)

A participante B.G foi a única que esteve presente em todos os momentos de avaliação do envolvimento e uma das mais assíduas no projeto. Pelo gráfico, podem ser observadas melhorias nos parâmetros da expressão criativa, comunicação verbal e não-verbal, sendo que no último ocorreu uma descida do primeiro para o segundo momento de avaliação, seguido de uma subida no momento de avaliação final. A maior subida foi observada ao nível da comunicação verbal, seguida do parâmetro da expressão criativa, verificando-se uma subida gradual nos três momentos. Nos parâmetros do empenho e conectividade verificam-se descidas do primeiro para o segundo momento de avaliação, seguido de uma ligeira subida no último momento. Ainda assim, apesar das subidas no terceiro momento de avaliação, os valores são inferiores aos observados na avaliação inicial.

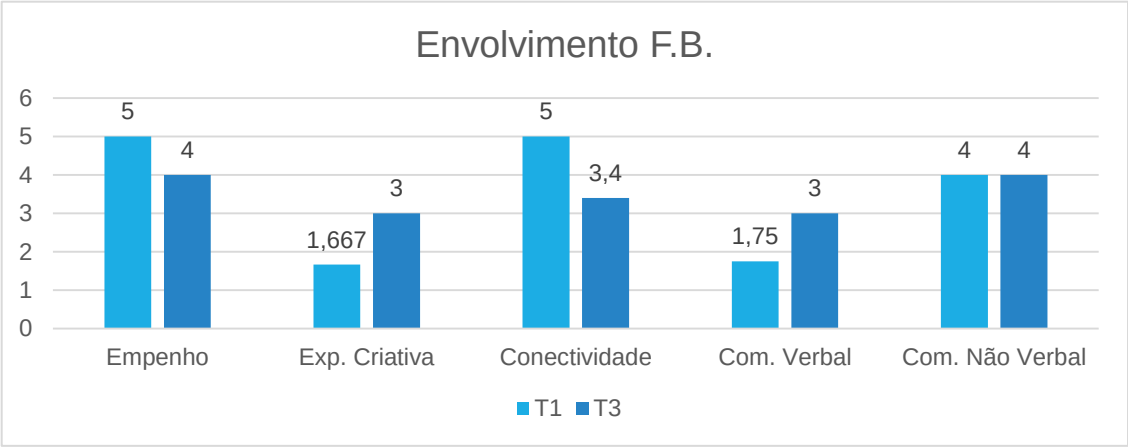


Figura 12 Avaliação T1 vs T3 da participante F.B (Escala de Observação do Envolvimento)

A participante F.B. esteve presente em dois momentos de avaliação (inicial e final), verificando-se descidas em dois parâmetros, subidas noutros dois e manutenção dos valores noutro. No que concerne às subidas dos valores, podem ser observadas melhorias ao nível da expressão criativa e comunicação verbal, sendo o primeiro parâmetro aquele em que é observada maior diferença. As descidas verificaram-se no empenho e conetividade, tendo a maior sido ao nível da conectividade. Verifica-se uma manutenção dos valores na comunicação não-verbal.

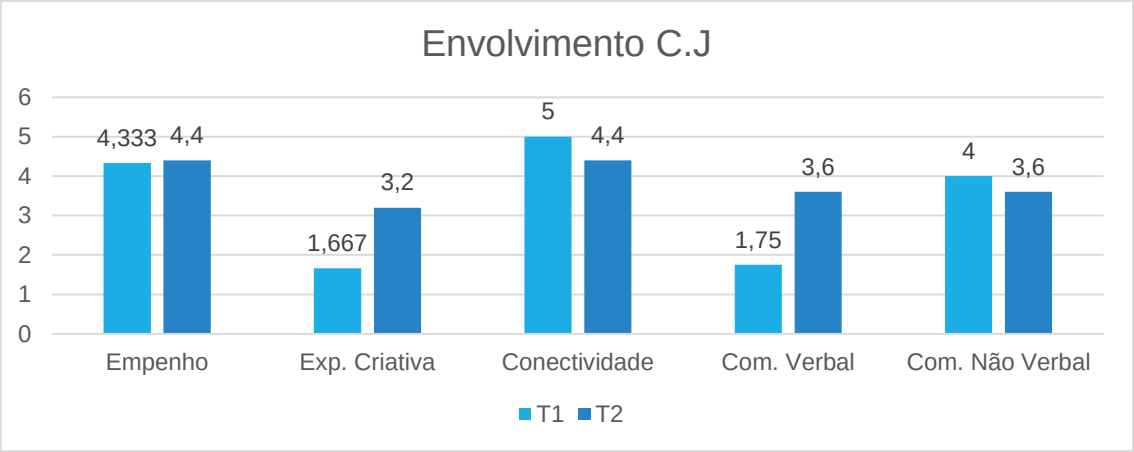


Figura 13 Avaliação T1 vs T2 da participante C.J (Escala de Observação do Envolvimento)

A participante C.J, presente em dois momentos de avaliação (inicial e intermédia), apresentou melhorias ao nível dos parâmetros do empenho, expressão criativa e comunicação verbal e descidas nos valores da conectividade e comunicação não-verbal. De todas os participantes é a única que apresenta melhorias ao nível do empenho, ainda que a diferença seja muito pequena e pouco significativa. Comparativamente, nos valores das três participantes acima, observam-se descidas nos valores deste parâmetro entre a avaliação inicial e final. A maior subida de valores foi observada na comunicação verbal e a maior descida ao nível da conectividade.

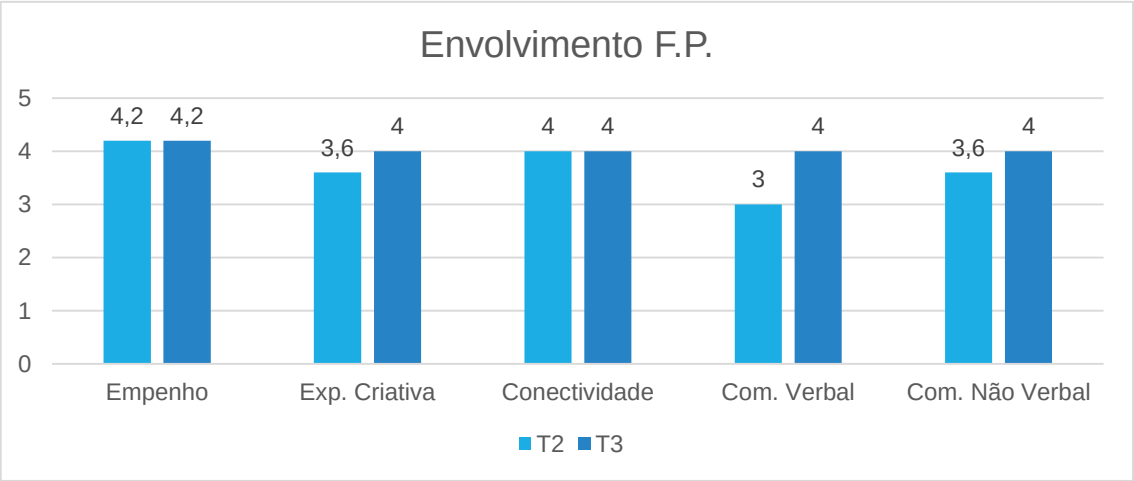


Figura 14 Avaliação T2 vs T3 da participante F.P (Escala de Observação do Envolvimento)

A participante F.P., presente em apenas dois momentos de avaliação (intermédia e final) foi a que apresentou valores mais constantes e mais elevados ao longo do tempo. Foi uma das participantes que integrou o grupo mais tarde, daí não ter estado presente em todos os momentos de avaliação. Além de apresentar os valores do empenho e conectividade constantes entre os dois momentos de avaliação em que esteve presente, verificam-se melhorias nos restantes parâmetros avaliados (expressão criativa e comunicação verbal e não-verbal), não podendo então ser observadas descidas em quaisquer valores apresentados.

Algumas das descidas observadas nos diversos parâmetros avaliados podem dever-se a fatores como o estado de saúde (como alguma doença ou dificuldade que possa ter aparecido entre os momentos de avaliação e que tenha alterado a prestação ou simplesmente o estado de espírito, disponibilidade ou predisposição dos participantes), ou ao simples facto das observações não terem sido todas efetuadas pelo mesmo elemento da equipa técnica (sendo que as opiniões sobre os mesmos aspetos podem divergir e as cotações serem distintas consoante o observador). Relativamente aos valores da comunicação verbal, de uma forma geral, são os valores mais baixos (comparativamente a outros parâmetros). Isto pode dever-se ao facto de muitas das atividades propostas e realizadas nas sessões não requererem muitas intervenções verbais com os elementos da equipa técnica ou restantes participantes. O mesmo se verifica nos valores da expressão criativa, talvez pela maioria das atividades realizadas terem uma estrutura bem definida, sem espaço para grandes manifestações criativas.

Em relação aos objetivos definidos para o grupo em questão, com base nas avaliações realizadas no início, é de seguida apresentado respetivo gráfico. Os valores observados estão de acordo com a escala definida no início do ano, 1 - o grupo não cumpriu, 2 - o grupo cumpriu de forma insuficiente, 3 - o grupo cumpriu de forma suficiente, 4 - o grupo cumpriu quase integralmente e 5 - o grupo cumpriu integralmente (ver resultados no anexo H).

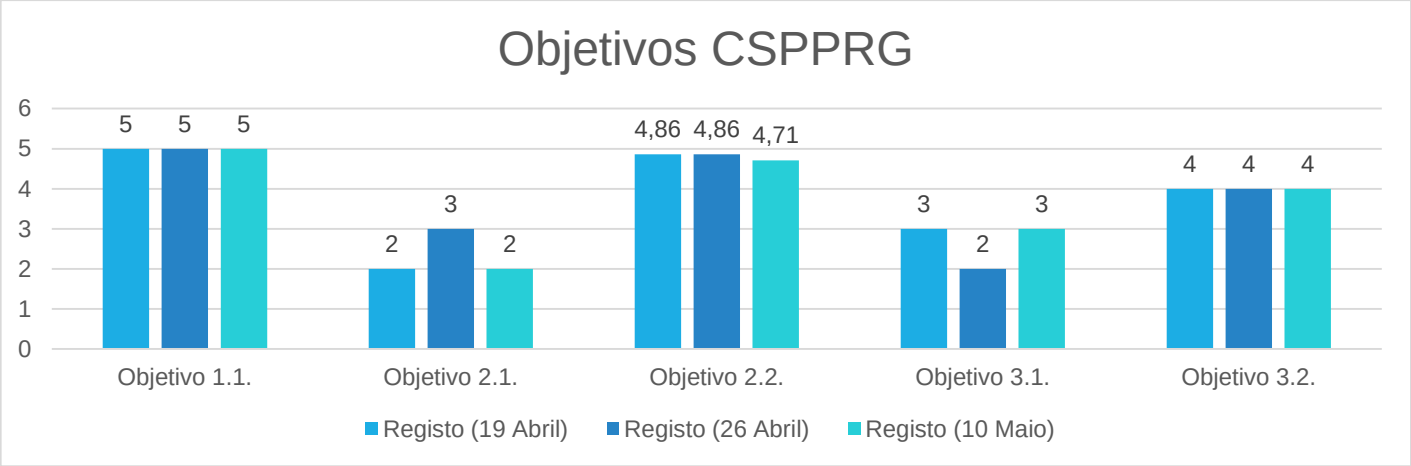


Figura 15 Valores obtidos nos objetivos delineados, em três momentos distintos do ano letivo

Como pode ser observado no gráfico, são considerados os três últimos momentos de avaliação do semestre, para verificar se os objetivos foram ou não cumpridos. Os valores apresentados são referentes à generalidade do grupo, não sendo específicos de qualquer um dos participantes. Apesar dos valores visíveis existem sempre algumas discrepâncias entre os diversos participantes, consoante os itens analisados.

Relativamente ao objetivo 1.1 pode perceber-se que o objetivo foi totalmente cumprido, sendo que de forma geral o grupo se envolveu de forma ativa nas atividades dinamizadas, mostrando-se disponíveis e aptos para realizar. Nas últimas sessões o valor observado foi o máximo, tendo sido constante nas três observações.

No âmbito do objetivo 2.1 observa-se que este apresenta os valores mais baixos. Estes valores são referentes à memória, na generalidade da sessão e não em relação a uma atividade específica para trabalhar a memória, não tendo sido trabalhada nas últimas sessões. No entanto é importante referir que, com base nas sessões e observação dos participantes ao longo do ano, esta é das áreas mais fracas do grupo e que necessita de maior atenção, a par com o equilíbrio. Um aspeto regularmente presente nas sessões que, fora de uma atividade específica para a memória corrobora esta informação, está relacionado com o facto de alguns participantes repetirem frequentemente a mesma informação (simplesmente esquecendo-se que já a tinham referido, por vezes, 5 minutos antes). É também uma conclusão possível com base nas atividades realizadas ao longo do ano, sendo que o grupo apresenta bastantes dificuldades a este nível.

No objetivo 2.2, referente à manutenção da atenção nas atividades e início das mesmas de forma autónoma, pode concluir-se que o grupo não tem grandes dificuldades. Foi também um aspeto que também melhorou bastante ao longo do ano, verificando-se uma grande redução de períodos de distração e desatenção aquando da realização das atividades propostas.

Em relação ao objetivo 3.1 pode verificar-se que foi um dos que apresentou valores mais baixos sendo que, ainda assim, apresenta valores médios. Uma possível explicação para estes valores pode estar relacionada com a exigência das atividades, podendo esta diferir de sessão para sessão. Ao longo das sessões foi possível observar que ao nível do equilíbrio os participantes necessitam de uma intervenção algo frequente para ajudar a reequilibrar ou apenas para sentirem alguma segurança extra. Assim sendo, pode concluir-se que o equilíbrio é uma das áreas mais fracas e que necessitam de maior atenção por parte da equipa técnica para ser melhorada.

Tal como referido por Krampe et al. (2010) podem ser proporcionadas melhorias ao nível do equilíbrio através de uma atuação e estimulação desta área, que é naturalmente uma das áreas mais importantes na população idosa, de forma a prevenir quedas e melhorar a sua postura e marcha. Melhorias a este nível podem também ser benéficas em atividades da vida diária como o banho ou simplesmente vestir.

No que concerne ao objetivo 3.2 podem também ser observados valores bastante elevados. Esta foi uma área que ao longo das sessões se verificou melhorias em relação ao início do ano. Para além dos participantes estarem mais familiarizados com grande parte dos movimentos realizados ao longo das sessões em momentos como os de aquecimento ou alongamento, a própria amplitude e harmonia dos movimentos aumentou consideravelmente.

Por fim, no que concerne à aplicação do Questionário sobre a perceção do cuidador formal sobre os fatores psicomotores, vão ser apenas referidos os dados de três participantes como exemplos. Vão ser apresentados os dados destas três participantes porque, como ocorreu ao nível de outros instrumentos, foram as que estiveram presentes do início ao fim, sendo que os outros dois (sobre os quais também foram fornecidas as informações) foram substituídos algo cedo no projeto. As informações referentes aos parâmetros presentes nos

gráficos estão descritas mais acima na descrição do instrumento, bem como os valores atribuídos a cada um deles.

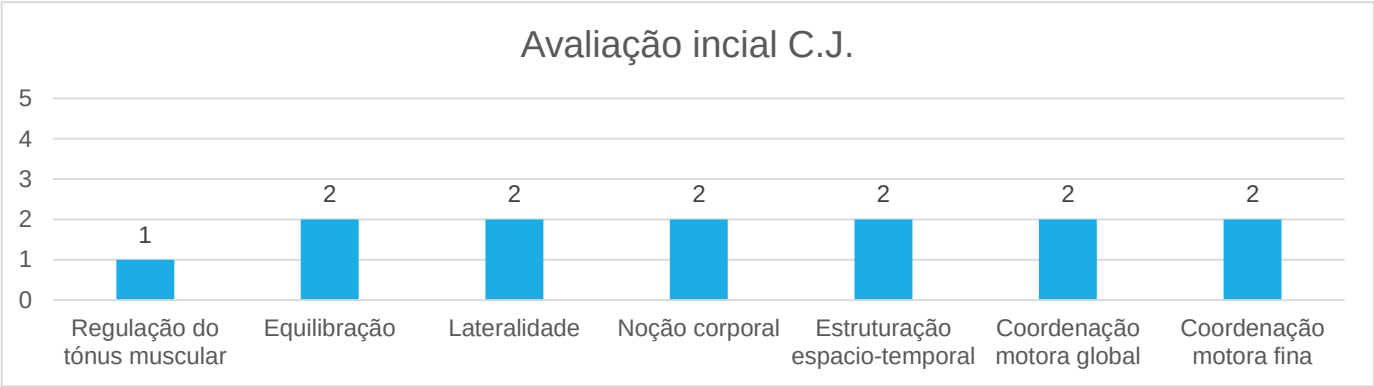


Figura 16 Resultados do Questionário sobre os fatores psicomotores (participante C.J)

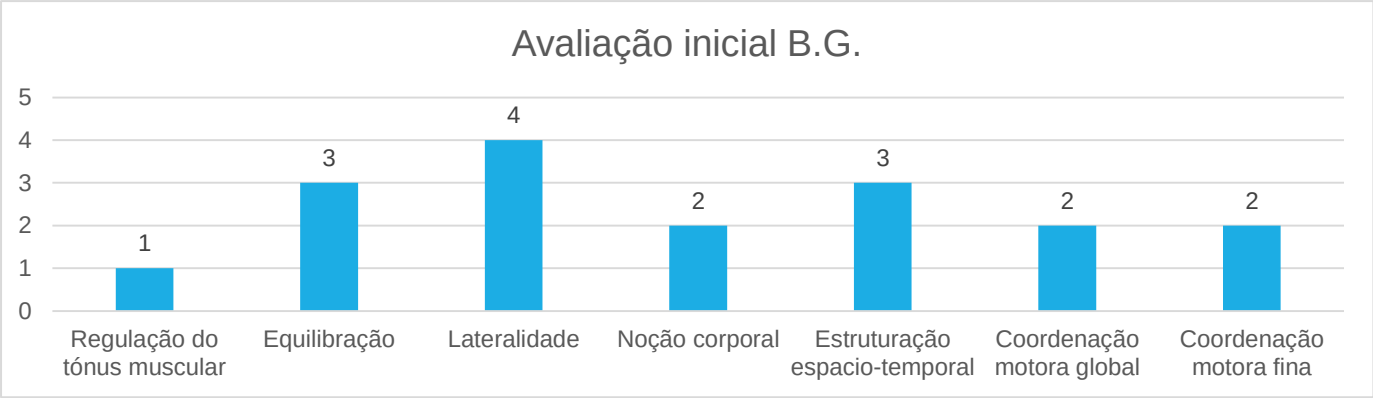


Figura 17 Resultados do Questionário sobre os fatores psicomotores (participante B.G)

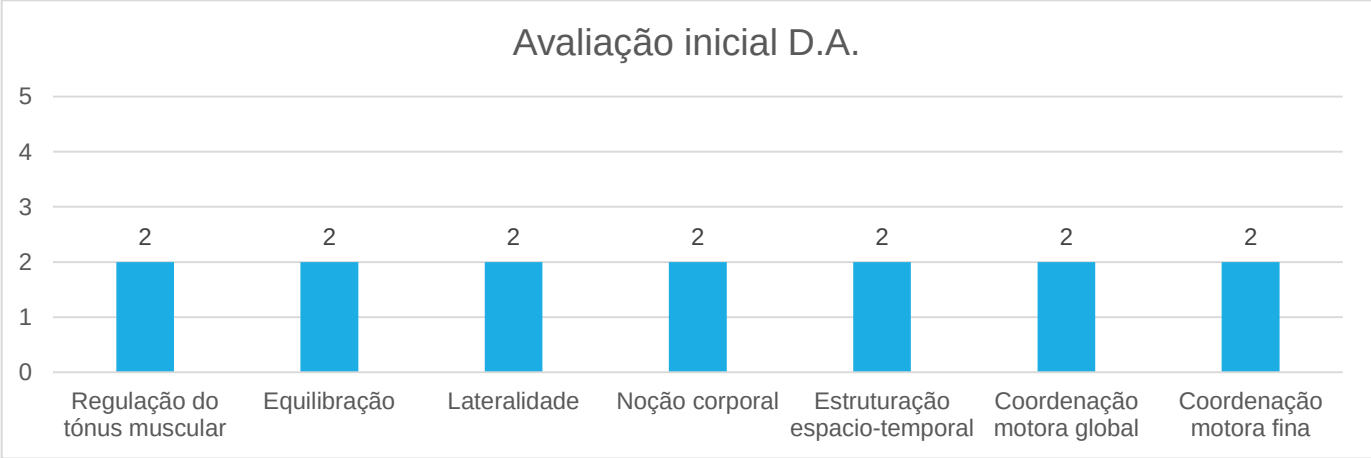


Figura 18 Resultados do Questionário sobre os fatores psicomotores (participante D.A)

O questionário serviu apenas como guia para a redação dos objetivos, não tendo por essa razão sido pedido nova resposta no final. Pode observar-se que duas das participantes, C.J. e D.A., são bastante constantes nos valores apresentados em cada um dos itens avaliados. Os valores de ambas rondam o valor de 2, sendo que apresentavam poucas dificuldades nestes aspetos, no início do ano letivo. A participante C.J. não apresentava sequer dificuldades relativamente à regulação do tónus muscular.

Já no que diz respeito à participante B.G. podem observar-se valores bastante distintos, sendo que ainda assim a participante não era extremamente dependente em nenhuma área. Não apresentava quaisquer dificuldades apenas ao nível da regulação do tónus muscular e pouca dificuldade na noção corporal e coordenação motora global e fina. Já na equilibração e estruturação espácio-temporal apresentava alguma dificuldade, sendo que o valor mais elevado aparece ao nível da lateralidade. Seria interessante perceber de que forma este ano em que frequentou o projeto foi ou não benéfico nas áreas mencionadas (algo só percetível com outra avaliação).

Posso apenas referir, com base na observação direta e trabalho semanal com as participantes que, das áreas avaliadas, as participantes apresentavam maiores dificuldades ao nível da regulação do tónus muscular, equilibração e coordenação motora global. O que não vai ao encontro de alguma informação fornecida pela fisioterapeuta. Uma possível forma de perceber estas diferenças seria aplicando o instrumento a outros técnicos que tenham contacto regular com as participantes, de forma a perceber se as opiniões são coerentes ou não.

9.2.2 Intervenção no grupo da Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

Relativamente ao grupo de jovens e adultos que foi meu estudo de caso, também já referido anteriormente, foi o primeiro grupo da APPCDM, tendo também sido mencionado que o instrumento de avaliação utilizado foi o MARA.

Inicialmente o grupo era constituído por onze participantes, sendo que ao longo do ano foi sofrendo algumas alterações. Atualmente e, após o estágio curricular o grupo é constituído por doze elementos, tendo sido incluída mais uma participante do segundo grupo

na análise. A tabela abaixo (**Tabela 4**) apresenta algumas informações gerais sobre todos os participantes do grupo ao longo do ano.

Tabela 9 Participantes do Projeto Dança & Gira (jovens e adultos)

NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	PATOLOGIA	MEDICAÇÃO
A.F.	13.11.1949	67	Dificuldade Inteletual	Sim
B.S.	01.08.1972	45	Trissomia 21	Não
C.O.	14.01.1975	42	Trissomia 21	Sim
D.J.A.	13.05.1966	51	Dificuldade Inteletual	Sim
J.A.	05.11.1957	59	Dificuldade Inteletual	Sim
L.B.	16.09.1979	38	Epilepsia	Sim
J.F.	04.07.1984	33	Spina Bífida	Não
O.C.	18.03.1969	48	Trissomia 21	Não
A.S.	04.03.1988	29	Epilepsia	Sim
R.P.	23.12.1986	30	Spina Bífida	Não
I.I.	16.08.1967	50	Dificuldade Inteletual	Sim
P.M.	14.11.1984	28	Paralisia Cerebral	Não
M.V.	01.02.1995	23	Dificuldade Inteletual	Não

Foi então elaborado o perfil coletivo do primeiro grupo da APPCDM, com base nas informações resultantes da aplicação do instrumento de avaliação MARA. Para a sua aplicação foram pensadas atividades que apresentassem as condições necessárias para avaliar os itens propostos. Assim, as atividades foram pensadas em conjunto pelos três estagiários e orientadora local, não existindo nenhuma específica e correta para avaliar os parâmetros (cada item pode ser avaliado através de atividades diferentes, ou seja, um item pode ter mais do que uma atividade em que seja passível de ser avaliado).

O processo de avaliação e realização das atividades foi totalmente realizado nas sessões com o grupo, sendo que foram feitas gravações de vídeo sempre que era necessário. Estas gravações da realização das atividades foi efetuada com o total conhecimento e

consentimento por parte dos participantes ou responsáveis, tendo o propósito de ser feita uma posterior análise. Visto alguns grupos serem de dimensões elevadas, como foi o caso do meu grupo de estudo de caso, era bastante complicado avaliar cada participante durante a realização de cada atividade, tendo os vídeos facilitado um pouco esse trabalho.

Uma vez que o instrumento de avaliação em questão está ainda a ser desenvolvido, não tendo uma estrutura fixa e tendo sido esta aplicação experimental, alguns parâmetros não foram avaliados (alguns por questões de subjetividade dos mesmos e outros por falta de compreensão do que era pretendido que fosse avaliado.

É ainda importante referir que alguns participantes não foram avaliados em determinados parâmetros por não terem comparecido às sessões em que os mesmos foram avaliados.

Os dados recolhidos foram posteriormente tratados em Excel (**Anexo I**) e são apresentados, de seguida, os gráficos e respetivas conclusões, referentes a cada um dos domínios constituintes do instrumento. Muitos dos parâmetros, em múltiplos participantes, não foram avaliados pela razão de muitos deles terem faltado diversas vezes em sessões de avaliação. Alguns participantes faltaram pontualmente, apresentando apenas alguns domínios em falta, enquanto outros faltaram por longos períodos de tempo, tendo poucos itens avaliados. Por ser um grupo grande e um instrumento de difícil e morosa aplicação, tendo a avaliação decorrido durante todo o ano, não foi possível repetir sessões para avaliar os itens em falta.

É ainda importante referir que nos casos dos participantes J. F., R. P. e P. M., por dois deles se deslocarem em cadeira de rodas e terem os três bastantes limitações motoras ao nível dos membros inferiores, alguns parâmetros que envolvem o movimento dos mesmos ou a equilibração não estão avaliados. São então apresentados os gráficos referentes aos domínios avaliados no instrumento MARA. Os valores apresentados correspondem aos valores da avaliação do instrumento em questão, entre 0 e 9.

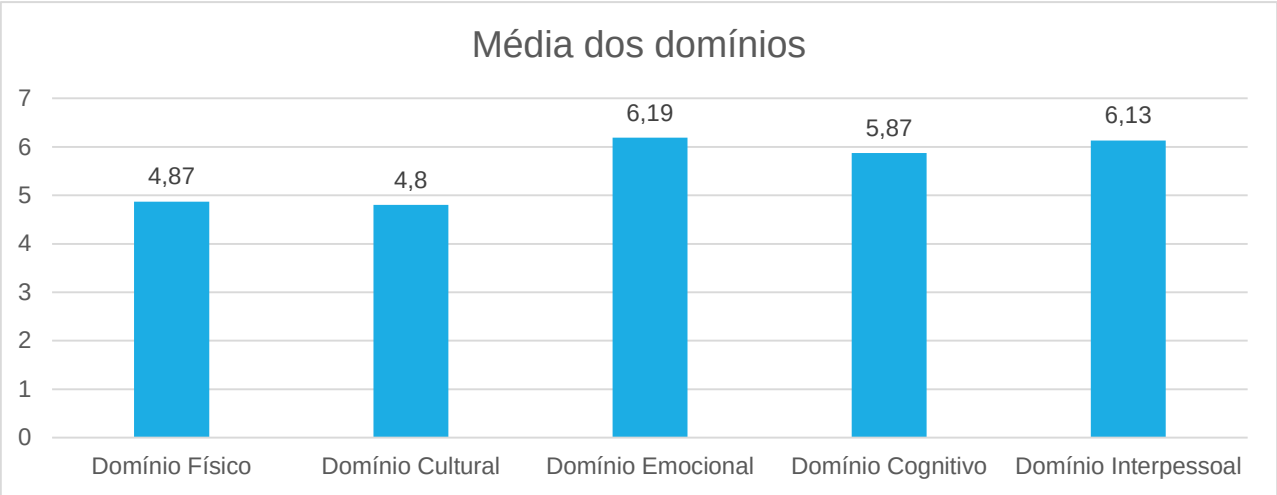


Figura 19 Média dos valores obtidos em cada domínio do MARA

O primeiro gráfico apresenta a informação relativa aos valores médios obtidos em cada um dos domínios avaliados. Por observação do gráfico pode concluir-se que as áreas mais fortes do grupo estão relacionadas com os domínios emocional, cognitivo e interpessoal. Sendo os restantes dois domínios avaliados aqueles que apresentam valores mais baixos.

No entanto é importante referir que os valores obtidos em alguns domínios e subdomínios não podem ser totalmente demonstrativos das competências do grupo. Primeiro, porque múltiplos parâmetros não foram avaliados, quer porque alguns dos itens estavam ainda em desenvolvimento ou não havia forma de serem avaliados, quer por alguns itens não estarem totalmente percetíveis relativamente ao que seria pretendido avaliar (por ser um instrumento ainda em desenvolvimento), quer pela falta de alguns participantes a sessões de avaliação. E segundo porque em alguns dos parâmetros, por não terem sido avaliados em determinados participantes, alguns valores foram atribuídos com base na minha perceção sobre os mesmos, ao longo do ano e através do contacto direto com eles. Perceção esta que provavelmente difere ainda da opinião da técnica que fez a avaliação através dos vídeos das sessões. Todos estes fatores acabam por influenciar muito os resultados obtidos, tornando-os algo irreais em alguns casos.

De seguida, são apresentados os gráficos relativos à avaliação de cada um dos subdomínios.

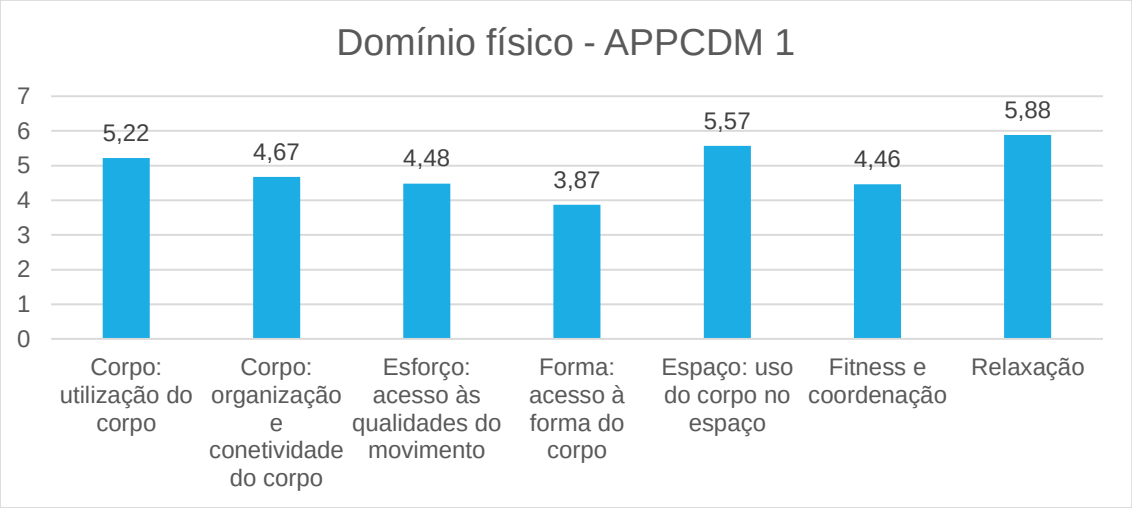


Figura 20 Média dos resultados obtidos em cada subdomínio avaliado do domínio físico

Relativamente ao domínio físico pode observar-se que os valores mais altos correspondem aos subdomínios da utilização do corpo, utilização do corpo no espaço e relaxação, estando o subdomínio mais fraco relacionados com o acesso às qualidades do corpo: forma (conceitos mais abstratos), seguido de *fitness* e coordenação e acesso às qualidades do movimento: esforço. Apesar do valor mais baixo pertencer ao subdomínio de acesso à forma do corpo, foram avaliados apenas dois de quatro itens, sendo que este valor não é totalmente representativo das competências do grupo, por não existir uma avaliação completa.

Os três subdomínios com valores mais elevados são os que estão mais completos, ou seja, os que foram melhor avaliados e avaliados quase na totalidade. Relativamente ao subdomínio da relaxação, dois dos participantes não foram avaliados, não apresentando quaisquer valores em nenhum dos itens. Isto deve-se ao facto de não ser possível ter uma perceção dos mesmos sem efetivamente os avaliar.

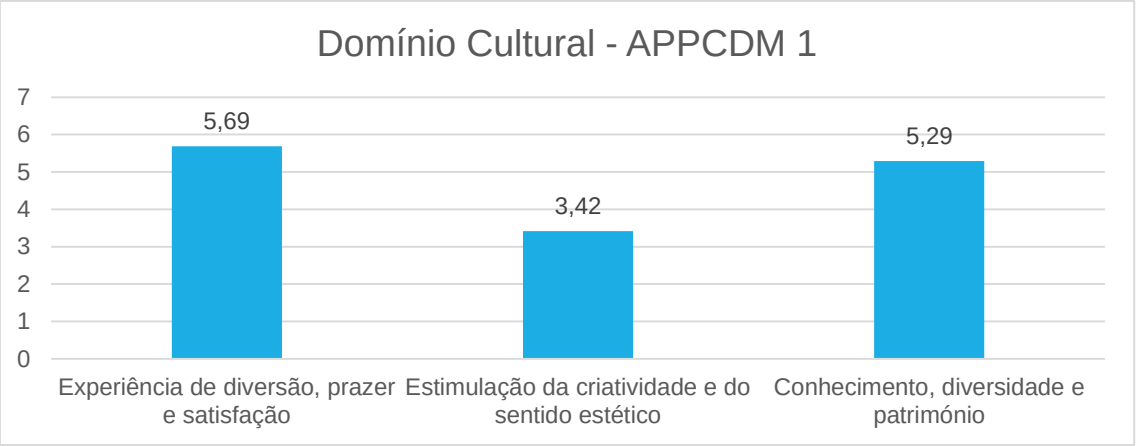


Figura 21 Média dos resultados obtidos em cada subdomínio avaliado do domínio cultural

No âmbito do domínio cultural podem observar-se um valor bastante baixo num dos subdomínios, relacionado com aspetos estéticos e criatividade. Pode concluir-se que esta é uma das áreas mais fracas do grupo, sendo neste caso um valor representativo do grupo, pelo facto de ter sido avaliado quase na totalidade.

Por outro lado e, apesar de apresentar o segundo valor mais elevado no domínio cultural, o subdomínio de conhecimento, diversidade e património não foi avaliado na totalidade (tendo sido avaliado apenas um de três itens, e mesmo assim não em todos os participantes). Tal valor médio não pode então representar as competências do grupo associadas a todo o domínio em questão.

Relativamente à experiência de diversão, prazer e satisfação, o valor é representativo do grupo, tendo sido avaliado praticamente na sua totalidade. Apenas um participante não foi cotado em um item. Pode então concluir-se que os participantes se divertem e se mostram envolvidos e entusiasmados nas sessões. Ainda assim, o valor observado não é muito elevado, estando um pouco acima do nível médio, no patamar 5.

O valor associado ao respetivo domínio é o mais baixo dos sete, apresentando no entanto bastantes valores em falta.

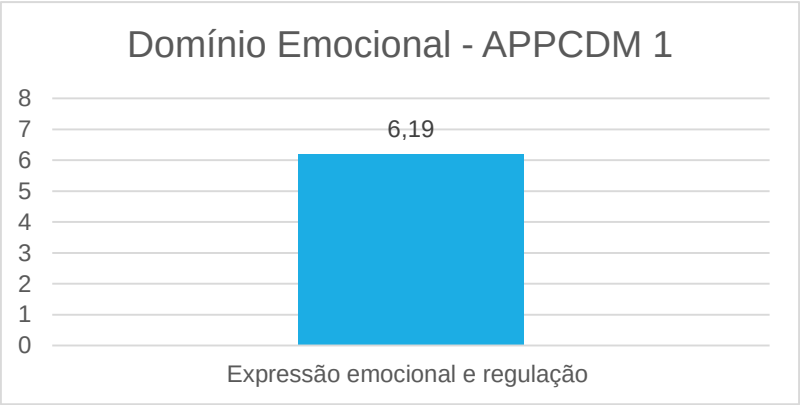


Figura 22 Média dos resultados obtidos no subdomínio avaliado do domínio emocional

No que concerne ao domínio emocional apenas três participantes têm alguns valores em falta, sendo o valor deste domínio o um dos mais elevados e podendo ser considerado representativo do grupo.

Tabela 11 Média dos resultados obtidos em cada item avaliado do domínio emocional

	Domínio Emocional
Capacidade de identificar e expressar os seus sentimentos/estados emocionais	6,85
Estado de humor apropriado	6,46
Regulação de expressão emocional	5,25
Energia sintonizada adequadamente com a atividade	5,46
Expressão de sentimentos e emoções adequadas às atividades	6,61
Capacidade de tolerar a frustração	7,59
Orientação para a realidade	6,55

Pode concluir-se que, com base nos aspetos avaliados e nos valores médios obtidos pelo grupo em cada um (como pode observar-se na tabela acima), o grupo não tem muitas dificuldades na identificação e expressão dos próprios sentimentos e emoções, sendo as mesmas adequadas à maioria das atividades, bem como em tolerar a frustração (valor mais elevado).

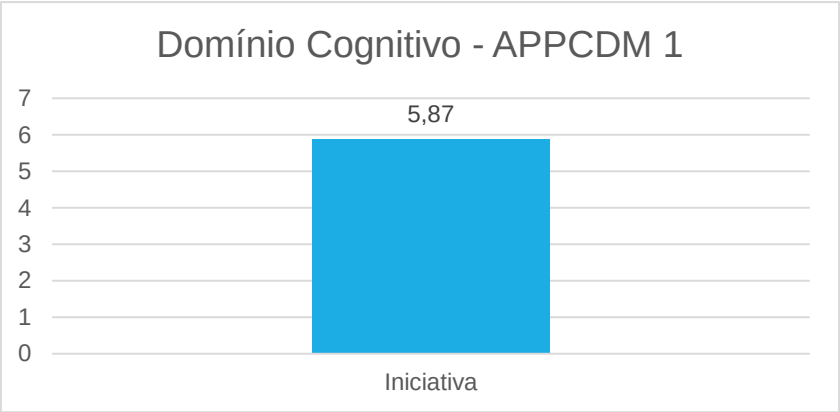


Figura 23 Média dos resultados obtidos no subdomínio avaliado do domínio cognitivo

No domínio cognitivo foi avaliado apenas um dos três subdomínios que o constituem, uma vez que os restantes (memória e funções executivas) ainda estavam em desenvolvimento aquando da aplicação do instrumento. Assim sendo, o valor médio associado ao domínio tem apenas como base os itens que constituem o subdomínio "Iniciativa".

Tabela 13 Média dos resultados obtidos em cada item avaliado do domínio cognitivo

	Domínio Cognitivo
Indicação de preferências e escolhas: fazer escolhas	6,05
Iniciativa independente de uma ação ou atividade	5,85
Liderar, apropriar-se de uma atividade	5,32
Confiança na expressão do EU	6,31
Capacidade de refletir sobre as experiências e dá-las a entender através de comunicação não vocal, vocal e verbal	

Através da observação da tabela acima, que apresenta os valores dos itens constituintes do subdomínio referido, pode concluir-se que na generalidade do grupo não existem muitas dificuldades em expressar-se, liderar ou fazer as suas próprias escolhas (algo bastante importante em indivíduos com deficiência que diariamente se vêem confrontados com muito pouca oportunidade de escolha). O último item não está cotado por não ter sido avaliado.

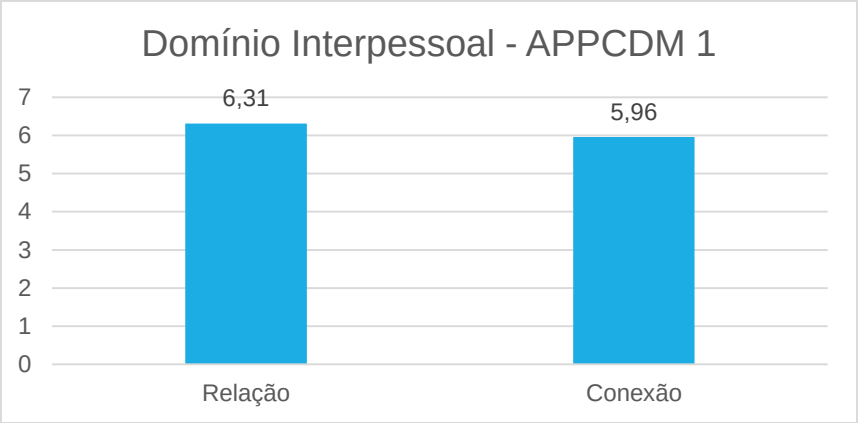


Figura 24 Média dos resultados obtidos em cada subdomínio avaliado do domínio interpessoal

No domínio interpessoal, domínio que apresenta o valor mais elevado, foram avaliados aspetos relacionados com as competências e intervenções comunicativas nas sessões, bem como o foco e energia adequadas às atividades dinamizadas. Pelos valores observados conclui-se que as intervenções do grupo são geralmente adequadas, a nível comunicativo, e que os participantes apresentam alguns períodos de desconexão não muito frequentes.

Com base nos resultados obtidos, nos domínios e subdomínios melhor avaliados e mais completos, foram então traçados alguns objetivos para o próximo ano, que são descritos abaixo:

1. **Promover e melhorar a mobilidade/competências psicomotoras**

1.1 O participante deve ser capaz de realizar os movimentos propostos e demonstrados pela equipa técnica, entre média e alta amplitude e acompanhando o movimento com uma respiração controlada, em pelo menos uma atividade;

1.2 O participante deve ser capaz de manter o equilíbrio dinâmico do corpo, em apoio unipodal, sem qualquer apoio físico, com um máximo de 3 reequilibrações;

1.3 O participante deve ser capaz de realizar sequências de movimentos, com um mínimo de 4 movimentos, após 3 ensaios;

1.4 O participante deve ser capaz de utilizar os membros superiores e inferiores em movimentos contralaterais, inter-hemisféricos e cruzando a linha média do corpo durante pelo menos 5 segundos, ininterruptamente.

2. **Promover a manutenção das capacidades cognitivas**

2.1 O participante deve ser capaz de dar significado a uma experiência e expressar as suas emoções de forma verbal e/ou não verbal, em pelo menos uma atividade por sessão.

2.2 O participante deve ser capaz de refletir com o grupo sobre um conjunto de movimentos assistidos ou realizados, contribuindo com a sua opinião crítica, o seu sentido estético e a sua expressão criativa;

A evolução dos participantes deste grupo no projeto Dança & Gira só poderá ser melhor percebida no fim do próximo ano, uma vez que os objetivos delineados serão então implementados a partir deste ano. No entanto, penso que é importante mencionar algumas dificuldades e limitações que senti.

9.3 Dificuldades e Limitações

Uma das limitações com maior influência começa no facto dos grupos constituintes dos projetos serem de dimensões bastante grandes. Grupos tão grandes dificultam não só o processo de intervenção, como também o processo de avaliação. Primeiramente porque é mais complicado fornecer o apoio individualizado que cada participante necessita, que varia de pessoa para pessoa. Mesmo tendo o apoio dos técnicos que acompanham os grupos, que ajuda bastante em algumas situações, por vezes era necessário que esse apoio fosse fornecido pela equipa técnica responsável pelas sessões, por saberem quais os objetivos das atividades, o que querem e como o querem trabalhar. Em determinadas situações, nas quais se pretendia observar como é que os participantes realizavam determinada atividade, mesmo que não o fizessem da forma pedida mas sim à maneira deles, os técnicos acompanhantes corrigiam ou manipulavam fisicamente para chegar ao que observavam a equipa técnica fazer. Seria mais benéfico explicar, fornecendo os apoios adequados (ajuda visual ou mesmo física), mas sem realizar a ação pelo participante, deixando que o próprio lá consiga chegar.

Para além da dimensão, a frequência das sessões também dificulta todo o processo de intervenção. O facto de estar com cada grupo apenas uma vez por semana prejudica e os resultados que poderiam ser atingidos com um acompanhamento mais frequente.

No âmbito do processo de avaliação, as dimensões dos grupos também dificultam porque não se consegue avaliar todas as pessoas ao mesmo tempo. O que acaba por condicionar a ação da equipa técnica e leva a que se demore muito mais tempo para proceder à avaliação da totalidade do grupo. Isto pode também ter influência nos resultados obtidos, visto que a predisposição dos participantes pode não ser a mesma todas as sessões (e.g. na primeira sessão de avaliação o participante pode estar particularmente predisposto a realizar as atividades propostas mas outros serem selecionados para as realizar na presente sessão. A predisposição do tal participante pode já não ser a mesma no momento de avaliação seguinte, influenciando negativamente os resultados.

Outro aspeto relacionado com a avaliação relaciona-se com a não presença dos participantes em algumas sessões. Pôde perceber-se que muitos participantes, para além de terem saído do projeto ou simplesmente terem faltado a sessões (de avaliação ou não), influencia a obtenção dos resultados. Chegando ao fim e querendo tratar os dados recolhidos, observa-se que não se tem dados de todos os participantes. Muito participantes faltaram em sessões de avaliação, tendo avaliação inicial e não final, ou o oposto. Chegando ao fim e pretendendo tirar conclusões sobre os parâmetros avaliados, torna-se difícil por não ter as informações necessárias.

Outra limitação, no que concerne aos instrumentos de avaliação, está relacionada com o facto de alguns serem algo subjetivos e dependerem da opinião ou mesmo estado de espírito da pessoa que faz a avaliação. A opinião de um técnico sobre um mesmo aspeto a ser avaliado pode ser diferente da opinião de outro técnico, o que pode levar a que os resultados sejam algo irrealistas.

Relativamente ao instrumento de avaliação MARA, teve que optar-se por redigir objetivos para o ano letivo seguinte devido à dimensão e morosidade de aplicação do mesmo. É um instrumento extremamente completo, bastante extenso que teve que ser aplicado a bastantes participantes, sendo que bastava algum faltar a uma sessão para ficar com alguns itens em falta. É um instrumento de aplicação bastante difícil, por ser moroso, mas também porque em alguns itens não era percetível aquilo que a autora pretendia avaliar ao certo.

De seguida são apresentadas algumas atividades complementares nas quais pude participar ao longo do ano.

9.4 Atividades Complementares

No dia 18 de Novembro de 2017 realizou-se o Encontro de Famílias e Pessoas com Deficiência no Centro Cultural e Juvenil de Santo Amaro (Casa Amarela). Foi uma oportunidade para reunir os participantes dos projetos e respetivas famílias num ambiente mais descontraído, fora do contexto terapêutico habitual. Enquanto os familiares estiveram no auditório a assistir a uma palestra sobre a gestão de stress, noutra sala foram realizadas atividades com os participantes. No fim houve um lanche para promover o convívio e interação entre todos.

No dia 24 de Fevereiro de 2018 (Sábado) foi organizada uma visita a Palmela, tendo sido um dia diferente em que de manhã se deu um passeio para ver uma zona de moinhos e em que foi proposto um desafio. O grupo foi dividido em dois e cada um tinha que tirar três tipos de fotos diferentes (de paisagem, uma foto do grupo em que ninguém podia estar com os pés no chão e de um rosto), fotos estas que depois foram a votação para decidir a equipa vencedora com as melhores fotos. Na parte da tarde foi realizada uma visita guiada ao Castelo de Palmela.

A 25 de Fevereiro de 2018 (Domingo) foi organizado um encontro com o Luisão (capitão do Sport Lisboa e Benfica). Este encontro realizou-se no Centro Cultural e Juvenil de Santo Amaro e foram previamente preparadas, com os jovens pertencentes ao projeto Aventur.ar.te, questões para fazer ao jogador. Inicialmente houve um momento em que o capitão pôde falar um pouco sobre si e sobre o seu percurso enquanto jogador de futebol, seguindo-se então as questões e, para finalizar, uma sessão de autógrafos e fotografias. Foram ainda trabalhadas com os jovens algumas questões relacionadas com a forma como se deve receber um convidado e conduzir uma entrevista.

A 21 de Março de 2018 realizou-se uma festa do projeto Dança & Gira no Complexo Municipal dos Desportos do Feijó. É designada Festa da Primavera e tem como objetivo juntar os participantes de todas as instituições e celebrar o início da respetiva estação do ano. Nos dois meses anteriores, ao longo das sessões com cada um dos grupos, foram trabalhadas coreografias baseadas nos gostos e interesses dos participantes, para serem apresentadas na festa.

Nas três últimas sessões com o meu grupo estudo de caso (APPCDM I), nos dias 18 de Abril, 2 e 9 de Maio, foi experimentada uma modalidade de desporto adaptado: Goalball.

Resolvi proporcionar esta experiência aos elementos do grupo estudo de caso da APPACDM porque sabia que era algo possível de concretizar com eles e porque achei que seria interessante que eles pudessem ter a perspetiva de uma modalidade adaptada para pessoas com outro tipo de deficiência, neste caso visual. O Goalball é uma modalidade adaptada para indivíduos com deficiência visual, sendo um jogo em que os participantes têm de estar vendados. Assim, nas duas primeiras sessões foi feita uma adaptação ao modo de jogar, sem vendas, para que os participantes percebessem o jogo, ficassem a conhecer o campo, a bola e as regras. No início de cada sessão foi sempre feita uma revisão sobre a modalidade, com perguntas, bem como exercícios práticos e de aquecimento. Na última sessão já foram realizados jogos com as vendas colocadas, tal como a modalidade é jogada.

No fim-de-semana 30 de Junho e 1 de Julho foi realizado um acampamento no Parque Nacional de Escotismo da Caparica (PNEC) ao qual, por motivos de saúde, não pude comparecer. Foram então realizadas várias atividades lúdicas e os próprios participantes do projeto é que cuidaram das tarefas culinárias. Ao longo de algumas sessões do estágio foram definidas as refeições que iriam ser confecionadas e os participantes interessados, com auxílio da equipa técnica, foram treinando e cozinhando várias tipos de refeições. Outra parte dos participantes teve treinos de basquetebol, em que eu dava os treinos, para construir uma equipa para se organizar um torneio desta modalidade. No entanto, por questões logísticas, o torneio não se pôde realizar.

10 Conclusão

Concluo este relatório e esta etapa da minha vida académica referindo o quão completa e enriquecedora foi esta experiência, tendo sem dúvida contribuído bastante para o meu desenvolvimento a nível pessoal e profissional. Por ter tido contacto com populações de variadíssimas idades e com múltiplas perturbações diferentes foi possível desenvolver muitas competências e uma boa capacidade de adaptação. O facto de trabalhar com jovens, adultos e idosos dá-me uma bagagem enorme e sinto-me mais preparado para poder atuar em vários contextos diferentes.

A decisão de realizar estágio em detrimento da vertente de investigação foi aquela que penso ter sido mais benéfica para mim, visto que a vertente prática permite uma atuação direta neste contexto que é a psicomotricidade e desenvolver competências necessárias para exercer esta profissão. Algumas competências desenvolvidas conseguem apenas adquirir-se com a prática, não sendo possível aprende-las academicamente ou na vertente de investigação. Assim, reconheço a importância que este percurso teve na minha construção, não menosprezando a vertente académica através da qual foi possível adquirir as bases e alguns conceitos importantes.

Não tendo estado inserido numa instituição ou hospital foi possível trabalhar com várias instituições. Acabei por ter perspetivas diferentes de funcionamento e políticas das mesmas, bem como intervir com populações de meios diferentes.

Desde o início que foi necessária uma ambientação aos meios nos quais iria intervir, tendo este processo começado com uma observação participante das sessões e evoluído progressivamente para uma intervenção autónoma e independente. Também tomei conhecimento sobre algumas questões logísticas presentes na organização dos projetos e organização de atividades extra que são necessárias para que tudo isto se possa concretizar.

Apesar de algumas dificuldades sentidas numa fase inicial senti-me muito bem recebido, tanto pela equipa técnica como pelos participantes inseridos nos projetos. Provavelmente onde senti uma dificuldade maior foi no Projeto Aventur.ar.te, onde os participantes apresentam outro género de perturbações e que, por terem uma idade mais próxima à minha e terem mais autonomia, tornaram o processo de ambientação num desafio

maior. No entanto, penso ter conseguido estabelecer relações muito boas e ter ganho a autonomia e autoridade necessárias rapidamente.

Alguns resultados não permitem tirar conclusões muito exatas acerca do benefício do projeto na vida destas pessoas por algumas razões que foram sendo mencionadas ao longo do presente relatório. Ainda assim, numa perspetiva e opinião pessoal, penso que todas as atividades desenvolvidas e todo o projeto em si (Dança & Gira e Aventur.ar.te) apresentam inúmeros benefícios na vida dos participantes que os integram e têm oportunidade de usufruir. Tal informação vai ao encontro dos comentários frequentes por parte dos participantes, que por diversas vezes mencionaram vários aspetos em que se sentiam melhor, bem como tendo referido que aquele momento (de apenas 45min por semana) era sempre muito bom, uma distração muito positiva e que os ajuda muito. Uma vez que no tempo restante não têm muitas oportunidades para sair das instituições ou lares onde estão inseridos (no caso dos participantes com menos autonomia e inseridos no projeto Dança & Gira), as opiniões dos próprios são sempre muito importantes para perceber a eficiência do trabalho que diariamente é ali realizado.

Um aspeto que penso ser crucial para a eficiência dos projetos é o facto de em cada atividade dinamizada seja possibilitado aos participantes refletir e discutir em grupo (verbalizando ou expressando através do corpo) sentimentos e pensamentos. Algo que vai ao encontro do que foi referido por Malchiodi (2005) e Rothchild (2000 cit. in Malchiodi, 2005), que reforçam a importância desta reflexão e verbalização ou expressão de pensamentos, sentimentos e emoções. O papel do técnico responsável passa, não tanto por tentar interpretar, mas sim levar a que a pessoa consiga perceber o porquê de tudo o que acontece na sessão.

Outro aspeto a favor deste tipo de intervenção está relacionado com a música. Nas sessões a música foi sempre algo constante, desde que os participantes entravam no ginásio até que saíssem. O papel da música passa, não só por proporcionar um ambiente mais divertido e dinâmico, como por chegar a cada participante com algum significado. Daí o porquê das músicas serem cuidadosamente escolhidas para cada sessão e em função de cada grupo, sendo que as músicas utilizadas nos grupos de idosos são distintas das utilizadas nos grupos de jovens e adultos. Outro aspeto importante e que penso que deveria ser tido mais em conta, tentando concretizá-lo com maior frequência, está relacionado com ter música ao

vivo nas sessões. Foi algo experimentado uma vez durante este ano nos grupos de idosos e que correu muito bem, tendo as reações dos participantes sido diferentes e bastante positivas face a este estímulo. Isto vai ao encontro do que foi mencionado por Holmes et al (2006) e Sung et al (2010) relativamente ao benefício da música ao vivo e importância de utilizar música que tenha significado para os participantes, o que resulta muitas vezes na evocação de memórias, assim como deixa os mesmos mais despertos e predispostos para as sessões.

Sinto que evolui imenso ao longo deste último ano, quer no âmbito de uma intervenção individual, quer em situações de trabalho em equipa. A equipa de trabalho foi sempre muito dinâmica, unida e existiu sempre um ambiente fantástico. Tenho a certeza que isso facilitou bastante todo o processo por receber e poder fornecer apoio em qualquer situação em que fosse necessária.

Confesso que este estágio foi uma surpresa. Por não ter tido muita opção de escolha na atribuição dos locais de estágio fiquei um pouco reticente quanto a esta experiência. Experiência esta que se revelou bastante positiva no meu percurso académico e onde sei que aprendi muito e, acima de tudo, me diverti e senti prazer em ajudar os outros. Todo o apoio, dedicação e disponibilidade por parte da orientadora local foram fundamentais e imprescindíveis para que tudo tenha corrido da forma que correu.

Sinto que marquei a vida destas pessoas com as quais tive o prazer de poder trabalhar e as quais pude ajudar, assim como elas marcaram a minha. Senti isso na despedida e posteriormente ao fim desta etapa, após saber que continuavam a perguntar por mim e pela razão da minha ausência. A todos eles, um muito obrigado por me terem proporcionado esta experiência incrível.

11 Bibliografia

Alma Alentejana - Associação para o Desenvolvimento, Cooperação e Solidariedade Social. (2012). Retirado a 21 de Maio de 2018, de: http://www.almaalentejana.pt/

Alpert, P. T. (2010). The Health Benefits of Dance. Home Health Care Management & Practice, 23(2), 155-157. doi: 10.1177/1084822310384689

Alves, F., Faria, G., Mota, S. & Silva, S. (2008). As TIC nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. *Diversidades*, 25-27. Retirado de: http://www.madeiraedu.pt/Portals/32/Amarcar/2011fev/PDF/revistadiversidades_22.pdf

American Addiction Centers. (2018). Grou Therapy vs Individual Therapy. Retirado a 11 de Junho de 2018 de: https://americanaddictioncenters.org/therapy-treatment/group-individual/

American Dance Therapy Association. (2016). What is Dance/Movement Therapy? Retirado a 12 de Junho de 2018 de: https://adta.org/2014/11/08/what-is-dancemovement-therapy/

American Music Therapy Association. (2004). What is music therapy? Retirado a 12 de Junho de 2018 de: https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/

American Psychiatric Association [APA]. (2013). *DSM-5™* (5ª Ed.). Washington, DC. e London, England.

Associação Almadense Rumo ao Futuro. (s.d.). Quem somos. Retirado a 21 de Maio de 2018, de: http://www.aarf.org.pt/

Associação Alzheimer Portugal (2018). Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos doentes de Alzheimer. Retirado a 8 de Junho de 2018, de http://alzheimerportugal.org/pt/

Associação Olhar 21. (s.d.). Intervenção Educativa na Trissomia 21 – Guia de Boas Práticas. Retirado de: http://pt.slideshare.net/Alvesana/guia-interveno-educativatrissomia-21

Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental [APPACDM] (2016). História. Retirado a 20 de Dezembro de 2017, de: http://appacdm-lisboa.pt/

Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2010). *Proposta de Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses.* Lisboa.

Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2012). Psicomotricidade. Retirado a 27 de Maio de 2018, de: http://www.appsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade

Bax, M., Tydeman, C. & Flodmark, O. (2006). Clinical and MRI correlates of cerebral palsy: the European Cerebral Palsy Study. Journal of the American Medical Association, 296(13), 1062-1608. doi: 10.1001/jama.296.13.1602

Brooks, J., Strauss, D., Shavelle, R., Tran, L., Rosenbloom, L. & Wu, Y. (2014). Recent trends in cerebral palsy survival. Part I: period and cohort effects. *Developmental Medicine & Child Neurology, 56*(11), 1059-1064. doi: 10.1111/dmcn.12520

Bull, M. (2011). Clinical Report-Health supervision for children with Down Syndrome. *Pediatrics, 128*, 393-406.

Burke, A. (2011). Group Work: How to Use Groups Effectively. *The Journal of Effective Teaching, 11*(2), 87-95.

Burkhardt, J. & Rhodes, J. (2012) Dance Active: Commissioning Dance for Health and Well-Being Guidance and Resources for Commissioners. Retirado a 17 de Junho de 2018, de: https://www.pdsw.org.uk/wp-content/uploads/2018/04/Breathe-Commissioning-Dance-for-Health-Wellbeing-Guide-for-Commissioners-by-Jan-Burkhardt-2012.pdf

Calenti, M. (2011) Envejecimiento y Calidade de Vida. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 20*, 1 -3.

Câmara Municipal de Almada [CMA] (2009). Retirado a 20 de Outubro de 2017, de: http://www.m-almada.pt/xportal/xmain?xpid=cmav2

Câmara Municipal de Almada [CMA]. (2018). Opções do Plano e Orçamento 2018. Retirado de: https://www.m-almada.pt/xportal/xmain?xpid=cmav2

Carter, C. O. & Evans, K. A. (1973). Spina bifida and anencephalus in Greater London. *Journal of Medical Genetics, 10*, 209-234.

Centro Comunitário do Laranjeiro/Feijó (s.d.). Centro. Retirado a 24 de Maio de 2018, de: http://www.cclaranjeiro-feijo.pt/

Centro Paroquial Padre Ricardo Gameiro. (s.d.). A instituição. Retirado a 23 de Maio de 2018, de: http://www.cparoquial-covapiedade.pt/

Centro Social Paroquial de Almada. (2013). Sobre nós. Retirado a 23 de Maio de 2018, de: https://cspalmada.webnode.pt/sobre-nos/

Centro Social Paroquial de Vale Figueira. (2013). Sobre nós. Retirado a 23 de Maio de 2018, de: https://www.cspvalefigueira.com/sobre-n

Chirino, E., Busquet, S., Pérez, S. & López, E. (2014). Calidad de vida en los pacientes con demenencia vascular post-ictus isquémicos (estudio de cohortes). *Revista Cubana de Neurología y Neurocirurgía 4*(1), 7-13.

Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados do Seixal e Almada (2016). Institucional. Retirado de: http://www.cercisa.pt/

Copp, A., Adzick, N., Chitty, L., Fletcher, J., Holmbeck, G. & Shaw, G. (2015). Spina Bifida. *Nature Reviews - Disease Primers, 1*, 1-18. doi: 10.1038/nrdp.2015.7

Cotrim, L. & Condeço, T. (s.d.). Comunicação Total. Retirado de: http://www.appt21.org.pt/wp-content/uploads/comunicacao_total_palaf.pdf

Coubard, O. A., Duretz, S., Lefebvre, V., Lapalus. P. & Ferrufino, L. (2011). Practice of contemporary dance improves cognitive flexibility in aging. *Frontiers in Aging Neuroscience,* 3(13). doi: 10.3389/fnagi.2011.00013

Cuerda, R., Desojo, L., Page, J., Macias, Y. & Hellin, E. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud en enfermedad de Parkinson. *Medicina, 70*(6), 503-507.

Dael, N., Mortillaro, M. & Scherer, K. R. (2012). Emotion Expression in Body Action and Posture. *Emotion, 12*(5), 1085-1111. doi: 10.1037/a0025737

Deplus, S., Billieux, J., Scharff, C. & Philippot, P. (2016). A Mindufulness-Based Group Intervention for Enhancing Self-Regulation of Emotion in Late Childhood and Adolescence: A Pilot Study. International Journal of Mental Health and Addiction, *14*(5), 775-790. doi: 10.1007/s11469-015-9627-1

Dunphy, K. & Mullane, S. (2014). *Framework for Dance Movement Assessment*. Retirado a 23 de Dezembro de 2017 de: www.makingdancematter.com.au

Dunphy, K. & Mullane, S. (2016). Making Dance Matter: Professional services for expressive arts therapies. Retirado a 23 de Dezembro de 2017, de: http://www.makingdancematter.com-au/app/

Dinold, M. & Zitomer, M. (2015). Creating Opportunities for All in Inclusive Dance. *Palaestra, 29*(4), 45-50. doi: 10.18666/PALAESTRA-2015-V29-I4-7180

Ermida, J. (1999). Processo de Envelhecimento. In O Idoso – Problemas e Realidades. Coimbra: FORMASAU.

European Forum of Psychomotricity (2012). Portugal. Retirado a 27 de Maio de 2018, de: https://psychomot.org/wp-content/uploads/2012/10/Portugal-1.pdf

Fletcher, J., Copeland, K., Frederick, J., Blaser, S., Kramer, L., Northrup, H., … Dennis, M. (2005). Spinal lesion level in spina bifida: a source of neural and cognitive heterogeneity. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics, 3*(102), 268-279. doi: 10.3171/ped.2005.102.3.0268

Fontaine, R. (2000). Psicologia do envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade - Perspectivas multidisciplinares.* Lisboa: Âncora.

Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora - Significação psiconeurológica dos seus factores.* Lisboa: Âncora Editora.

Graham, H., Rosembaum, P., Paneth, N., Dan, B., Lin, J., Damiano, D., … Lieber, R. (2016). Cerebral Palsy. *Nature Reviews - Disease Primers, 2,* 1-24. doi: 10.1038/nrdp.2015.82

Grupo Intervenção e Reabilitação Ativa [GIRA]. (s.d.). Retirado a 21 de Maio de 2018, de: http://www.gira.org.pt/

Holmbeck, G., Westhoven, V., Phillips, W., Bowers, R., Gruse, C., Nikolopoulos, T. & Totura, C. (2003). A Multimethod, Multi-informant, and Multidimensional Perspective on Psychosocial Adjustment in Preadolescents With Spina Bifida.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(4), 782-796. doi: 10.1037/0022-006X.71.4.782

Holmes, C., Knights, A., Dean, C., Hodkinson, S. & Hopkins, V. (2006). Keep music live: music and the alleviation of apathy in dementia subjects. *International Psychogeriatrics, 18*(4), 623–630. doi: 10.1017/S1041610206003887

Ivan, D. & Cromwell, P. (2014). Clinical practice guidelines for management of children with Down syndrome: Part I. *Pediatrics, 28,* 105-110. doi: 10.1016/j.pedhc.2013.05.002

Jesus, I. (s.d.). A Equoterapia como recurso na terapia psicomotora para a aquisição/desenvolvimento do equilíbrio corporal. Retirado a 19 de Janeiro de 2018 de: http://www.unifai.edu.br/publicacoes/artigos_cientificos/alunos/pos_graduacao/13.pdf

Juhel, J. (2010). La psychomotricité au servisse de la personne âgée. (1ª Ed.). Québec: PUL et Chronique Sociale.

Juma, S. (2017a). *Relatório final - Projeto Aventur.ar.te.* Almada.

Juma, S. (2017b). *Relatório final - Projeto Dança & Gira*. Almada.

Juranek, J, Dennis, M., Cirino, P., El-Messidi, L. & Fletcher, J. (2010). The Cerebellum in Children with Spina Bifida and Chiari II Malformation: Quantitative Volumetrics by Region. *Cerebellum, 9,* 240-248. doi: 10.1007/s12311-010-0157-x

Kattenstroth, J. C., Kolankowska, I., Kalisch, T. & Dinse, H. R. (2010). Superior sensory, motor, and cognitive performance in elderly individuals with multi-year dancing activities. *Frontiers in aging neuroscience, 2*(31), 1-9. doi: 10.3389/fnagi.2010.00031

Knestaut, M., Devine, M., & Verlezza, B. (2010). "It Gives me Purpose": The Use of Dance with People Experiencing Homelessness. *Therapeutic Recreation Journal, 44*(4), 289-301.

Krampe, J., Rantz, M., Dowell, L., Schamp, R., Skubic, M. & Abbott, C. (2010). Dance Based Therapy in a Program of All-inclusive Care for the Elderly: An Integrative

Approach to Decrease Fall Risk. *Nursing Administration Quarterly 34*(2), 156-161. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3181d91851

Lin, J.-P. (2011). The contribution of spasticity to the movement disorder of cerebral palsy using pathway analysis: does spasticity matter? *Developmental Medicine & Child Neurology, 53*, 7-9. doi: 10.1111/j.1469-8749.2010.03843.x

Logsdon. R. (1996). Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD). Retirado a 16 de Junho de 2018 de: http://www.cogsclub.org.uk/professionals/files/QOL-AD.pdf

Logsdon, R., Gibbons, L., McCurry, S., & Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. doi: 10.1097/00006842-200205000-00016

Malchiodi, C. A. (2005). Expressive Therapies: History, Theory and Practice. Retirado a 11 de Junho de 2018 de: https://www.psychologytoday.com/files/attachments/231/malchiodi3.pdf

Martinec, R. (2013). Dance movement therapy in the concept of expressive arts-therapy. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istrazivanja, 49*, 143-153.

Martins, R. (2010). Prefácio. In A. Matias, *Psicomotricidade no Meio Aquático - na Primeira Infância.* Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.

McLone, D. & Knepper, P. (1989). The Cause of Chiari II Malformation: A Unified Theory. *Journal of Pediatric Neurosciences, 15*, 1-12. doi: 10.1159/000120432

Melo, A., Filho, O. & Chaves, H. (2014). Conceitos básicos em intervenção grupal. *Revista de Psicologia, 17*, 47-63. Retirado de: http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/view/2414/2316

Meuli, M., Simmen, C. M., Hutchins, G. M., Seller, M. J., Harrison, M. R.Adzick, N. S. (1997). The Spinal Cord Lesion in Human Fetuses With Myelomeningocele: Implication for Fetal Surgery. *Journal of Pediatric Surgery, 32*(3), 448-452. doi: 10.1016/S0022-3468(97)90603-5

Michelsen, S. I., Uldall, P., Hansen, T. & Madsen, M. (2006). Social integration of adults with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology, 48*, 643-649. doi: 10.1017/S0012162206001368

Morais, A. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com doença de Alzheimer. *A Psicomotricidade. 10*, 25-33.

Morato, P. & Santos, S. (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. A Mudança de Paradigma na Concepção da Deficiência Mental. Revista de Educação Especial e Reabilitação, *14*, 51-55.

Murray, C., Holmbeck, G., Ros, A., Flores, D., Mir, S. & Varni, J. (2015). A Longitudinal Examination of Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents With Spina Bifida. *Journal of Pediatric Psychology, 40*(4), 419-430. doi: 10.1093/jpepsy/jsu098

Nadasen, K. (2008). 'Life without line dancing and the other activities would be too dreadful to imagine' - an increase in social activity for older women. *Journal of Women & Aging, 20*(3/4), 329-342. doi: 10.1080/08952840801985060

Naglie, G. (2007). Quality of life in Dementia. *The Canadian Journal of Neurological Sciences, 34*(1), S57-61. doi: 10.1017/S0317167167100005588

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna [GERMI]. Escala de Atividades Básicas de Vida Diária - Katz. (s.d.). Avaliação Geriátrica. Retirado de: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/143486/mod_folder/content/0/Katz.pdf?

Organização Mundial de Saúde & Direção-Geral da Saúde (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Retirado de: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf

Pandyan, A., Gregoric, M., Barnes, M., Wood, D., Van Wijck, F., Burridge, J., … Johnson, G. (2005). Spasticity: Clinical perceptions, neurological realities and meaningful measurement. *Disability and Rehabilitation, 27*(1-2), 2-6. doi: 10.1080/09638280400014576

Park, H. L., O'Connell, J. E. & Thomson, R. G. (2003). A sistematic review of cognitive decline in the general elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18*(12), 1121-1134. doi: 10.1002/gps.1023

Perkins, A. (2017). The lowdown on Down Syndrome. *Wolters Kluwer Health, 15*, 40-46. doi: 10.1097/01.NME.0000511841.85763.77

Probst, M., Knapen, J., Poot, G. & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name?. *The Open Complementary Medicine Journal, 2*, 105-113.

Ravelin, T., Isola, A. & Kylmä, J. (2011). Dance performance as an intervention in the care of elderly persons with dementia. *Journal Nutrition Health and Aging, 8*(1), 1-9. Doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00284.x

Robayo, A. & Reyes, C. (2009). Integración sensorial y demencia tipo Alzheimer: principios y métodos para la rehabilitación. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 38*(4), 717-738.

Rosenbaum, P., Paneth, M., Leviton, A., Goldstein, M. & Bax, M. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Developmental Medicine and Child Neurology, 109*, 8-14. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.tb12610.x

Rosenbaum, P. & Gorter, J. (2011). The 'F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think!. *Child: care, health and development, 38*(4), 1-7. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01338.x

Ryff, C.(2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics, 83*, 10-28. doi: 10.1159/000353263

Santa Casa da Misericórdia de Almada - SCMA. (2014). Retirado a 13 de Dezembro de 2017, de: http://www.scma.pt

Santana, S. M., Silva, N. G., Gonçalves, D. M. & Melo, M. C. M. D. (2014). Intervenções em grupo na perspetiva cognitivo-comportamental: Experiências no contexto da clínica/escola. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 10*(1), 47-53. Doi: 10.5935/1808-5687.20140007

Santos, S. & Morato, P. (2002). Comportamento Adaptativo. Porto: Porto Editora.

Santos, S. & Morato, P. (2012). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: Deve falar-se de Deficiência Intelectual e Desenvolvimental (DID). Porquê? *Revista Brasileira, 18*(1), 3-16. doi: 10.1590/S1413-65382012000100002

Santrock, J. (2011) Life-span development. The McGraw-Hill Companies, Thirteenth edition

Sawin, K. & Bellin, M. (2010). Quality of Life in Individuals With Spina Bifida: A Research Update. *Developmental Disabilities Research Reviews, 16,* 47-59. doi: 10.1002/ddrr.96

Silk, J., Steinberg, L., & Morris, A. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development, 74*(6), 1869–1880. doi: 10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x

Silva M. & Coelho, F. (2014). Da deficiência mental à dificuldade intelectual e desenvolvimental. *Revista Lusófona de Educação, 28*, 163-180.

Singh, D. (2003). Families of Children With Spina Bifida: A Review. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 15*(1), 37-55. doi: 10.1023/A:1021452220291

Skoning, S. (2008). Movement and dance in the inclusive classroom. *Teaching Exceptional Children Plus, 4*(6), 2-11. Retirado a 21 de Junho de 2018 de: https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ967723.pdf

Sung, H., Chang, A. & Lee, W. (2010). A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing, 19*(7–8), 1056–1064. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03016.x

Surveillance of Cerebral Palsy Europe. (2000). Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. Developmental Medicine & Child Neurology, 42, 816-824. Doi: 10.1111/j.1469-8749.2000.tb00695.x

Tord, P. & Braununger, I. (2015). Grounding: Theoretical application and practice in dance and movement therapy. *The Arts in Psychotherapy, 43*. doi: 10.1016/j.aip.2015.02.001

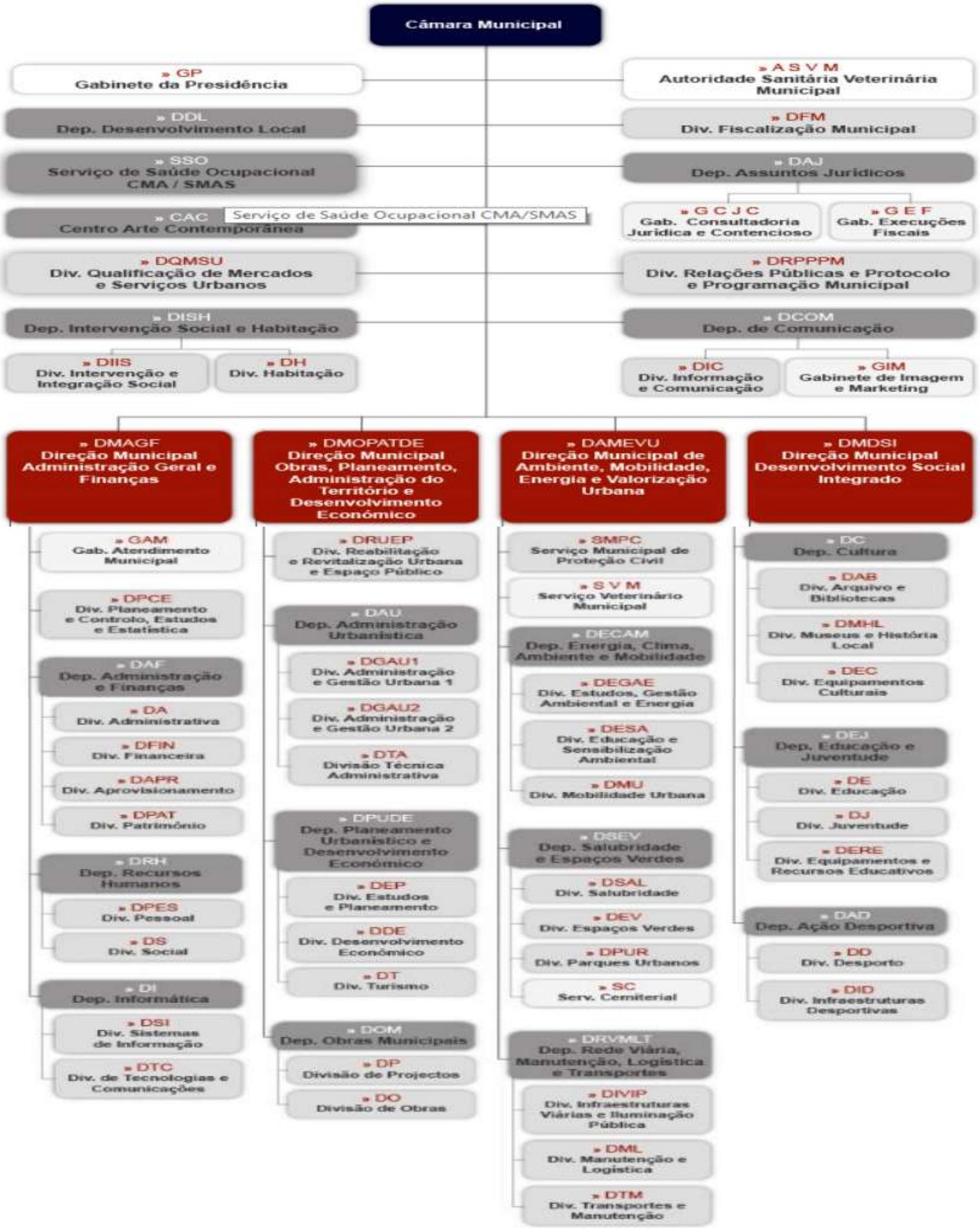
Van Der Slot, W., Nieuwenhuijsen, C., Berg-Emons, R., Bergen, M., Hilberink, S., Stam, H. & Roebroeck, M. (2012). Chronic pain, fatigue and depressive simptoms in adults with spastic bilateral cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology, 54*, 836-842. doi: 10.1111/j.1469-8749.2012.04371.x

Vella-Burrows, T. & Wilson, L. (2016). Remember to Dance - Evaluating the impact of dance activities for people in different stages of dementia. Retirado de: http://www.greencandledance.com/wp-content/uploads/2014/02/141-KC-15-SDH_DanceDementia_Report-2016-proof-08.pdf

World Health Organization [WHO]. (2018). 10 facts on dementia. Retirado a 8 de Junho de 2018, de: http://www.who.int/features/factfiles/dementia/en/

Anexos

Anexo A - Organograma da Câmara Municipal de Almada


Câmara Municipal
» GP Gabinete da Presidência
» A S V M Autoridade Sanitária Veterinária Municipal
» DDL Dep. Desenvolvimento Local
» DFM Div. Fiscalização Municipal
» SSO Serviço de Saúde Ocupacional CMA / SMAS
» DAJ Dep. Assuntos Jurídicos
» CAC Centro Arte Contemporânea
Serviço de Saúde Ocupacional CMA/SMAS
» G C J C Gab. Consultadoria Jurídica e Contencioso
» G E F Gab. Execuções Fiscais
» DQMSU Div. Qualificação de Mercados e Serviços Urbanos
» DRPPPM Div. Relações Públicas e Protocolo e Programação Municipal
» DISH Dep. Intervenção Social e Habitação
» DCOM Dep. de Comunicação
» DIIS Div. Intervenção e Integração Social
» DH Div. Habitação
» DIC Div. Informação e Comunicação
» GIM Gabinete de Imagem e Marketing
» DMAGF Direção Municipal Administração Geral e Finanças
» DMOPATDE Direção Municipal Obras, Planeamento, Administração do Território e Desenvolvimento Económico
» DAMEVU Direção Municipal de Ambiente, Mobilidade, Energia e Valorização Urbana
» DMDSI Direção Municipal Desenvolvimento Social Integrado
» GAM Gab. Atendimento Municipal
» DPCE Div. Planeamento e Controlo, Estudos e Estatística
» DAF Dep. Administração e Finanças
» DA Div. Administrativa
» DFIN Div. Financeira
» DAPR Div. Aprovisionamento
» DPAT Div. Património
» DRH Dep. Recursos Humanos
» DPES Div. Pessoal
» DS Div. Social
» DI Dep. Informática
» DSI Div. Sistemas de Informação
» DTC Div. de Tecnologias e Comunicações
» DRUEP Div. Reabilitação e Revitalização Urbana e Espaço Público
» DAU Dep. Administração Urbanística
» DGAU1 Div. Administração e Gestão Urbana 1
» DGAU2 Div. Administração e Gestão Urbana 2
» DTA Divisão Técnica Administrativa
» DPUDE Dep. Planeamento Urbanístico e Desenvolvimento Económico
» DEP Div. Estudos e Planeamento
» DDE Div. Desenvolvimento Económico
» DT Div. Turismo
» DOM Dep. Obras Municipais
» DP Divisão de Projectos
» DO Divisão de Obras
» SMPC Serviço Municipal de Proteção Civil
» S V M Serviço Veterinário Municipal
» DECAM Dep. Energia, Clima, Ambiente e Mobilidade
» DEGAE Div. Estudos, Gestão Ambiental e Energia
» DESA Div. Educação e Sensibilização Ambiental
» DMU Div. Mobilidade Urbana
» DSEV Dep. Salubridade e Espaços Verdes
» DSAL Div. Salubridade
» DEV Div. Espaços Verdes
» DPUR Div. Parques Urbanos
» SC Serv. Cemiterial
» DRVMLT Dep. Rede Viária, Manutenção, Logística e Transportes
» DIVIP Div. Infraestruturas Viárias e Iluminação Pública
» DML Div. Manutenção e Logística
» DTM Div. Transportes e Manutenção
» DC Dep. Cultura
» DAB Div. Arquivo e Bibliotecas
» DMHL Div. Museus e História Local
» DEC Div. Equipamentos Culturais
» DEJ Dep. Educação e Juventude
» DE Div. Educação
» DJ Div. Juventude
» DERE Div. Equipamentos e Recursos Educativos
» DAD Dep. Ação Desportiva
» DD Div. Desporto
» DID Div. Infraestruturas Desportivas

Anexo B - Relatórios (Registo de sessão)

Relatório de Observação de Quarta-feira, 4 de Outubro de 2017

Tomás Pereira

Por uma questão de confidencialidade ao longo de todos os relatórios de sessão não serão referidos os nomes dos utentes, sendo referida apenas a identificação do respetivo grupo.

Grupo: 1A - Aventur.ar.te Sessão: 16:45h-18h

Presentes: Técnica e três estagiários

Atividades

- Atividade de apresentação

  - Material - 3 bolas de ténis

  - Descrição - Numa fase inicial, com uma bola de ténis, cada pessoa tem que passar a bola a outro colega. Previamente ao passe, o participante tem que dizer o nome da pessoa a quem vai passar a bola. De forma a dificultar podem ser acrescentadas bolas (até 3 bolas) ou imposto um número limite de segundos que cada um pode ter a bola na mão (e.g. não mais de 3 segundos seguidos).

- 2ª atividade

  - Descrição - O grupo é dividido em duas equipas que devem dispor-se em fila indiana. Cada elemento da equipa deve agarrar a perna esquerda do colega que se encontra à sua retaguarda e, todos ao mesmo tempo, dar um salto para a frente. Para dificultar a tarefa propõe-se que digam o número de saltos que acham que conseguem dar sem cair ou colocar a perna esquerda no chão para que tentem alcançar esse número.

A sessão foi iniciada com todos sentados em roda, numa conversa sobre as férias em que os participantes falaram do que fizeram (atividades e viagens).

De seguida deu-se início à primeira atividade que consistiu num jogo que tinha como objetivo que todos se ficassem a conhecer e a saber os nomes uns dos outros. O jogo consistia em, após a apresentação de cada um, passar a bola a uma das pessoas dizendo o respetivo nome. Numa fase inicial foi realizada apenas com uma bola, tendo sido acrescentadas bolas progressivamente até estarem três ao mesmo tempo em jogo. Todos se mostraram entusiasmados e divertidos com o jogo tendo, a meu ver, sido uma ótima forma de ficar a conhecer todos os presentes.

Posteriormente procedeu-se a uma pequena discussão em grupo sobre quais os objetivos e o porquê de ter sido realizada a atividade, em que os utentes diziam quais achavam que tinham sido os motivos. De forma geral todos participaram, tendo alguns participado mais que outros. Foram referidos aspetos como a atenção, coordenação e memória e apontadas algumas dificuldades como a capacidade para agarrar a bola, decorar os nomes, etc.

A segunda atividade consistia num jogo de equipa em que o grupo foi dividido em dois e o seu objetivo era que, em fila indiana, cada uma das equipas conseguisse dar um salto (todos ao mesmo tempo), enquanto cada um dos elementos agarrava a perna esquerda do colega à sua retaguarda. A situação apresentada tinha um grau de dificuldade mais elevado mas mesmo perante a dificuldade e a falha nenhum dos participantes se mostrou desmotivado ou quis parar de tentar. Numa segunda fase propunha-se que cada equipa referisse o número de saltos seguidos que achavam que conseguiriam dar para de seguida tentar alcançar esse número.

Mais uma vez, depois da atividade, houve uma discussão do porquê de se ter realizado a mesma e quais os seus objetivos tendo sido apontados aspetos como a coordenação, trabalho em equipa e equilíbrio. Os participantes referiram que foi difícil a sua realização pela falta de coordenação entre todos os membros da equipa no momento do salto.

No fim, a técnica pediu-lhes que referissem o que era feito no projeto Aventur.ar.te e quais eram os objetivos de todas as atividades que ali eram realizadas por eles. De forma geral, o projeto tem como objetivos o desenvolvimento de competências tanto pessoais como

sociais e a transferência do que é feito no ginásio para a sua vida fora do projeto, de forma a que eles consigam pesquisar e fazer o que é do seu interesse e os cativa no seu dia-a-dia.

Foi ainda discutido o projeto final, tendo a técnica pedido aos participante que dessem ideias do que gostariam que fosse o projeto, bem como de atividades para fazerem durante o resto do mês.

Anexo C - Relatórios (Plano/Registos de sessão)

Assiduidade, Planos e Registos de sessão

ALMADA
CÂMARA MUNICIPAL

Assiduidade			
	12-Oct	19-Oct	26-Oct
F	0	1	1
T	1	1	1
E	1	1	1
Cl	1	1	1
De	1	1	1
Di	1	1	1
Bá	1	1	1
A	1	1	1
Total	7	8	8

Objetivos

Grupo CSPPRG

Local Complexo Municipal **Horário** 10h45 - 11h30

Data 19 Out

Descrição Atividades

Conversa inicial (sentados em cadeiras, em roda)

Fazer uma contextualização da sessão, referindo/questionando o dia da semana e do mês (recorrendo a um placar com o calendário do mês em questão), local onde decorre a sessão e qual o projeto em que os participantes ali presentes estão inseridos.
- Tempo - 10 min
- Material - sem material necessário

Atividade 1 (em pé, em roda)

Numa fase inicial a técnica remete o pensamento dos elementos do grupo para os seus tempos de criança, questionando se se lembram de uma comida que a mãe cozinhasse e que deixasse um cheiro característico pela casa. Após a explicação da atividade pede-se então a um elemento do grupo que lance o dado e o número que sair corresponde ao número do saco que vai ser utilizado primeiro. A técnica abre o saco e aproxima-se de cada uma das pessoas, à vez, deixando-a cheirar, sem ver, o conteúdo do saco. É pedido que, à medida que as pessoas vão cheirando, não digam logo a resposta para que todos tenham oportunidade de cheirar e tentar adivinhar (após todos cheirarem pede-se para dizerem o que acham que é). Após adivinharem, repetir (até saírem todos os números).
- Tempo - 15 min
- Material - sacos de plástico com alimentos, numerados de 1 a 6; dado

Atividade 2 (sentados, em roda)

Coloca-se a tocar a música "Laurindinha" e, em diversos passos, vão sendo acrescentadas tarefas. Numa fase inicial, pede-se apenas aos participantes que acompanhem a música cantando; de seguida é pedido que batam palmas ao ritmo da música; depois que batam com os pés no chão (os dois ao mesmo tempo ou um de cada vez alternadamente) ao ritmo da música; e por último pede-se que façam os gestos/coreografia associada à letra da música, que é apresentada pela técnica. Uma vez feitos os passos um a um, colocar a música a tocar sem parar e fazer os passos todos de seguida.
- Tempo - 20 min
- Material - sem material necessário

Atividade 3 (sentados, em roda)

Consoante a instrução da técnica, alongar. A técnica dá a instrução de múltiplos movimentos para fazer de modo a alongar o tronco e membros. Através da demonstração e instrução verbal levar a que os participantes imitem os movimentos.
- Tempo - 5/7 min
- Material - sem material necessário

Conversa final

Perguntar individualmente a cada participante como se sentem e se gostaram da sessão.
- Tempo - 5 min
- Material - sem material necessário

Desempenho

		CI	A1	A2	A3	Cf	
1.1							
1.2							
1.3							
...							

Interação entre clientes/comportamento participantes:

Escala de 1 a 5

1	O grupo não cumpriu
2	O grupo cumpriu de forma insuficiente
3	O grupo cumpriu de forma suficiente
4	O grupo cumpriu quase integralmente
5	O grupo cumpriu integralmente

Observações Gerais

Na fase inicial da sessão a técnica relembrou onde estavam e que todas as quintas-feiras iriam estar naquele pavilhão no Feijó, para a sessão do Dança e Gira. Alguns participantes demonstraram conhecer o local, referindo que já ali tinham estado, embora não soubessem ao certo quando tinha sido.
No que diz respeito à 1ª Atividade verificaram-se bastantes dificuldades na identificação dos cheiros, não porque o cheiro não lhes fosse familiar mas porque não eram capazes de fazer a associação entre o cheiro e o nome do alimento. Embora tenham acertado quase na totalidade dos cheiros, muitos deles foi com ajuda verbal e gestual por parte da técnica e após múltiplas tentativas de acertar. Ainda assim, a atividade fez reavivar memórias e pensar nos tempos da sua infância ou mesmo mais recentes.
Por necessidade, esta sessão terminou mais cedo.

Avaliação da sessão/Aspetos a alterar

224	**Data**	26-Abr							
225	**Descrição Atividades**								
226	**Conversa inicial**		(sentados em roda)						
227 228 229	Conversa inicial - Perguntar aos participantes como se sentem e se alguém tem novidades ou algo que queira partilhar com o grupo. - Tempo - 5 min - Material - sem material necessário								
230	**Atividade 1**		(sentados em roda e em pé)						
231 232 233	Dar uma carta a cada participante e pedir que encontrem a pessoa que tem uma carta igual. Após localizarem essa pessoa, pede-se que se levantem e se cumprimentem. - Tempo - 5 min - Material - cartas								
234	**Atividade 2**		(sentados em roda)						
235 236 237	Pedir aos participantes que realizem movimentos de aquecimento com todas partes do corpo, mediante indicação e demonstração por parte da equipa técnica. - Tempo - 8 min - Material - sem material necessário								
238	**Atividade 3**		(em pé)						
239 240 241	Pedir aos participantes que realizem o percurso estabelecido da forma indicada pela equipa técnica, sendo que no fim podem escolher um ou dois materiais disponíveis para a atividade seguinte. - Tempo - 10 min - Material - colchões, banco sueco, arcos e bastões								
242	**Atividade 4**		(em pé)						
243	Pedir aos participantes que dancem livremente pelo espaço, utilizando os materiais escolhidos anteriormente, sendo que podem dançar sozinhos ou interagindo com os outros. - Tempo - 7 min - Material - arcos, bastões, bolas e bastões de madeira								
244	**Atividade 5**		(sentados em roda)						
245	Consoante a instrução da equipa técnica, alongar. A equipa técnica dá a instrução de múltiplos movimentos para fazer de modo a alongar o tronco e membros. Através da demonstração e instrução verbal levar a que os participantes imitem os movimentos da forma pedida. - Tempo - 5 min - Material - sem material necessário								

Conversa final (sentados em roda)

Perguntar aos participantes como se sentem, se gostaram da sessão e quais as dificuldades que sentiram.

- Tempo - 5 min
- Material - sem material necessário

Desempenho

	Conv. Ini.	A1	A2	A3	A4	A5	Conv. Fin.
1.1	5	5	5	5	5	5	5
2.1				3			
2.2	5	4	5	5	5	5	5
3.1				4			
3.2			4			4	

Escala de 1 a 5

1	O grupo não cumpriu
2	O grupo cumpriu de forma insuficiente
3	O grupo cumpriu de forma suficiente
4	O grupo cumpriu quase integralmente
5	O grupo cumpriu integralmente

Observações Gerais

Uma vez que os participantes apresentaram dificuldades na Atividade 1, procurando pelo naipe ou cor iguais (quando era suposto encontrarem o par igual, p.e. rei preto com rei preto), foi feita uma alteração. Em vez das cartas usaram-se folhas com números em que se pedia que os participantes encontrassem o par ou que procurassem o número que vinha a seguir ao seu.

Avaliação da sessão/Aspetos a alterar

Anexo D - Plano Anual de Atividades

1

Plano anual de atividades 2017/18

Setembro

S	T	Q	Q	S	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Outubro

S	T	Q	Q	S	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Novembro

S	T	Q	Q	S	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Dezembro

S	T	Q	Q	S	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Legenda

	Encontro de colaboradores das instituições do concelho de Almada (de pessoas com deficiência) (Campo Maior)
	[Fim de semana Diferente] Ovar
X	[Dança & Gira e Aventur.ar.te] Início de atividades
	Programa comemorativo do Dia Internacional da Pessoa com Deficiência
X	Encontro de Famílias e Pessoas com Deficiência (Auditório da Casa Amarela)
	[Dança & Gira e Aventur.ar.te] Interrupção de atividades

2018

Janeiro

S	T	Q	Q	S	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Fevereiro

S	T	Q	Q	S	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28				

Março

S	T	Q	Q	S	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Abril

S	T	Q	Q	S	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	2	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

Legenda

X	Encontro de Famílias e Pessoas com Deficiência (Auditório da Casa Amarela)
	[Dança & Gira e Aventur.ar.te] Interrupção de atividades
	[Dança e Gira] Festa da Primavera (Complexo Desportivo do Feijó)

ALMADA

2018

Maio

S	T	Q	Q	S	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Junho

S	T	Q	Q	S	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Julho

S	T	Q	Q	S	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Legenda

	[Fim de semana Diferente] Tocha
	Encontro de colaboradores das instituições do concelho de Almada (de pessoas com deficiência) (local a definir)
	[Fim de semana Diferente] Guimarães
X	[Dança & Gira e Aventur.ar.te] Fim de atividades/Início da Avaliação Final dos projetos
	[Fim de semana Diferente] Centro de Lazer de S. João da Caparica
	[Dança e Gira] Festa Final de Ano (Parque da Paz)
X	Encontro de Famílias e Pessoas com Deficiência (Visita a local a definir)

2018

Setembro

S	T	Q	Q	S	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Outubro

S	T	Q	Q	S	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Novembro

S	T	Q	Q	S	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Legenda

	Encontro de colaboradores das instituições do concelho de Almada (de pessoas com deficiência) (local a definir)
	[Fim de semana Diferente] Tavira

ALMADA

Anexo E - Resultados QOL-AD

	Saúde física	Energia	Humor/disposição	Condições de vida	Memória	Família	Casamento	Amigos	No geral, como se sente?
A(inicial) B.G.	2	2	2	3	2	3	1	1	3
A(final) B.G.	3	3	3	3	3	3	4	3	3

	Saúde física	Energia	Humor/disposição	Condições de vida	Memória	Família	Casamento	Amigos	No geral, como se sente?
A(inicial) C.J.	2	4	3	3	2	3	4	4	3
A(final) C.J.	3	3	3	3	1	3	3	3	1

Capacidade de realizar tarefas em casa	Capacidade de fazer coisas para se divertir	Dinheiro	A vida, como um todo
2	2	2	3
3	3	3	2

Capacidade de realizar tarefas em casa	Capacidade de fazer coisas para se divertir	Dinheiro	A vida, como um todo
2	3	3	2
3	3	3	3

C.J.	Saúde física	Energia	Humor/disposição	Condições de vida	Memória	Família	Casamento	Amigos	No geral, como se sente?
A(final) 1 (cuidadora)	2	2	2	3	2	2	2	3	2
A(final) 2 (técnica)	2	3	2	3	3	3	3	2	3

B.G.	Saúde física	Energia	Humor/disposição	Condições de vida	Memória	Família	Casamento	Amigos	No geral, como se sente?
A(inicial) (fisioterapeuta	2	3	3	3	1	3	3	2	3
A(final) (fisioterapeuta)	3	3	2	3	2	2	2	3	3

Amigos	No geral, como se sente?	Capacidade de realizar tarefas em casa	Capacidade de fazer coisas para se divertir	Dinheiro	A vida, como um todo
3	2	2	2	2	2
2	3	3	3	3	3

Amigos	No geral, como se sente?	Capacidade de realizar tarefas em casa	Capacidade de fazer coisas para se divertir	Dinheiro	A vida, como um todo
2	3	3	2	3	2
3	3	3	3	3	3

Anexo F - Resultados da Escala de Katz

	Banho	Vestir	Utilização da sanita	Transferência (cama para	Continência	Alimentação
A(inicial) C.J.	1	1	1	1	1	1
A(final) C.J.	1	1	1	1	1	1
	Banho	Vestir	Utilização da sanita	Transferência (cama para	Continência	Alimentação
A(inicial) B.G.	0	1	1	1	0	1
A(final) B.G.	1	1	1	1	1	1

Anexo G - Resultados da Escala de Observação do Envolvimento

D.A.	Empenho	Exp. Criativa	Conectividade	Com. Verbal	Com. Não Verbal
T1	5	2	4,75	1,75	4,75
T3	4,2	3,6	3,8	3,8	4,8

B.G.	Empenho	Exp. Criativa	Conectividade	Com. Verbal	Com. Não Verbal
T1	5	1,667	5	1,75	4
T2	4,2	3,6	4	3,8	3,4
T3	4,4	4	4,2	4,2	4,6

F.B.	Empenho	Exp. Criativa	Conectividade	Com. Verbal	Com. Não Verbal
T1	5	1,667	5	1,75	4
T3	4	3	3,4	3	4

C.J.	Empenho	Exp. Criativa	Conectividade	Com. Verbal	Com. Não Verbal
T1	4,333	1,667	5	1,75	4
T2	4,4	3,2	4,4	3,6	3,6

F.P.	Empenho	Exp. Criativa	Conectividade	Com. Verbal	Com. Não Verbal
T2	4,2	3,6	4	3	3,6
T3	4,2	4	4	4	4

	Empenho						Exp. Criativa						Conectividade						Comunic. Verbal						Comunic. Não-Verbal					
	0	5-15,	20-25	30-40	45		0	5-15,	20-25	30-40	45		0	5-15,	20-25	30-40	45		0	5-15,	20-25	30-40	45		0	5-15,	20-25	30-40	45	
D.		5	5	5		5		1	3	4		2,67	5	5	4	5		4,75	4	1	1	4		2,5	5	5	5	5		5
D.A.		5	5	5		5		1	2	3		2	4	5	5	5		4,75	4	1	1	1		1,75	4	5	5	5		4,75
B.G.		5	5	5		5		1	2	2		1,67	5	5	5	5		5	4	1	1	1		1,75	4	4	4	4		4
F.B.		5	5	5		5		1	2	2		1,67	5	5	5	5		5	4	1	1	1		1,75	4	4	4	4		4
C.J.		4	4	5		4,33		1	2	2		1,67	5	5	5	5		5	4	1	1	1		1,75	4	4	4	4		4
E.R.		4	4	4		4		1	2	2		1,67	5	4	4	4		4,25	1	1	1	1		1	5	4	4	4		4,25

	Empenho						Exp. Criativa						Conectividade						Comunic. Verbal						Comunic. Não-Verbal					
	0	5-15,	20-25	30-40	45		0	5-15,	20-25	30-40	45		0	5-15,	20-25	30-40	45		0	5-15,	20-25	30-40	45		0	5-15,	20-25	30-40	45	
F.P.	3	4	5	5	4	4,2	4	3	3	4	4	3,6	2	4	5	5	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3,6
B.G.	3	4	5	5	4	4,2	3	3	4	4	4	3,6	2	4	5	5	4	4	3	4	4	4	4	3,8	3	3	3	4	4	3,4
C.J.	4	4	5	5	4	4,4	4	3	3	3	3	3,2	4	4	5	5	4	4,4	4	3	4	3	4	3,6	3	3	4	4	4	3,6

	Empenho						Exp. Criativa						Conectividade						Comunic. Verbal						Comunic. Não-Verbal					
	0	5-15,	20-25	30-40	45		0	5-15,	20-25	30-40	45		0	5-15,	20-25	30-40	45		0	5-15,	20-25	30-40	45		0	5-15,	20-25	30-40	45	
F.P.	4	4	5	4	4	4,2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
D.A.	4	4	5	4	4	4,2	4	3	3	4	4	3,6	4	3	4	4	4	3,8	4	4	4	3	4	3,8	5	4	5	5	5	4,8
B.G.	4	4	5	4	5	4,4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4,2	4	4	4	4	5	4,2	5	4	4	5	5	4,6
N.M.	4	4	5	4	4	4,2	5	4	4	5	4	4,4	4	5	5	5	5	4,8	4	5	5	4	5	4,6	4	4	4	4	4	4
F.B	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3,4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	5	4

Anexo H - Resultados dos Objetivos

	Registo (19 Abril)	Registo (26 Abril)	Registo (10 Maio)
Objetivo 1.1.	5	5	5
Objetivo 2.1.	2	3	2
Objetivo 2.2.	4,86	4,86	4,71
Objetivo 3.1.	3	2	3
Objetivo 3.2.	4	4	4

Anexo I - Tabela Excel de tratamento dos dados do grupo APPCDM 1

Domínio	Subdomínio	Parâmetro	Participantes													Média do grupo
			A.S.	A.F.	B.S.	C.O.	I.L	D.I.A.	I.F.	I.A.	L.B.	O.C.	P.M.	R.P.	M.V.	
Físico	Corpo: utilização do corpo	Capacidade de aceder à respiração para a manutenção do movimento	7	6	6	4	6	6	8	4	7	3	8	8	5	6,00
		Capacidade de utilizar a respiração	5	7	4	2	6	3	3	2	5	3	8	8		4,15
		Utilização das partes do corpo - superior	8	5,5	6	5,33	5	8,5	4	4,67	5,6	5	4	5,67	7	5,71
		Utilização das partes do corpo - inferior	7	4,67	5	3	3,33	7	1	5,5	3	4	2	1	6	3,88
		Utilização dos hemisférios do corpo	8	7	5,5	4	6	7	8	5	4	7	8	8	5	6,35
		Média do sub-domínio:	6,6	6,034	5,3	3,666	5,266	6,3	4,8	3,834	4,92	4,4	6	6,134	4,6	5,22
	Corpo: organização e conectividade do corpo	Cruzar a linha média do corpo	7,5	8	5	6	3	5	3	6,5	5,5	7	3	7	6	5,58
		Movimento contra-lateral	8	8	5	4	4	5	7	3	7	3	6	6	5	5,46
		Controlo do movimento: Iniciação, sustentação e conclusão	5	5	5		4	5	3		4		3	8	4	4,60
		Sequenciamento das partes do corpo	5	2	2	2	2	2	6	2	6	2	7	4	5	3,62
		Integração das partes do corpo através do movimento		5		5	4	6		5	5			6		5,14
		Equilíbrio	4,5	6	4	3	3	6	1	3	3	3			5	3,77
		Média do sub-domínio:	6	5,6667	4,2	4	3,333	4,8333	4	3,9	5,083	3,75	4,75	6,2	5	4,67
	Esforço: Acesso às qualidades do movimento	Acesso às qualidades do movimento: Tempo	5	6	4,5		3,5	5,5	3	3,5	5,5		3	4,5	4	4,36
		Acesso às qualidades do movimento: espaço	5,33	6	5		5	4	6,5	5	3		5	6,5	7	5,30
		Acesso às qualidades do movimento: Peso	5	5	5		4,4	4,2	5,67	2,75	3,4		4,5	5,25	5,25	4,58
		Acesso às qualidades do movimento: Fluxo	3,5	4,5	3		3	4	4	3	5		3	4	3,5	3,68
		Média do sub-domínio:	4,7075	5,375	4,375	0	3,975	4,425	4,793	3,563	4,225	0	3,875	5,063	4,938	4,48
	Forma: Acesso à forma do corpo	Direção: Acesso a mudanças de direção	4	6	5		4	6	2	2	6,5		3	4	5	4,32
		Moldar/Esculpir	6	4	7		4	5	3		4		6	8	4	5,10
		Acesso ao fluxo de forma														
		Qualidades da forma: Acesso às qualidades de forma (abrir, fechar)														
		Média do sub-domínio:	5	5	6	0	4	5,5	2,5	2	5,25	0	4,5	6	4,5	3,87
	Espaço: Uso do corpo no espaço	Acesso à kinesfera														
		Acesso ao movimento nos planos	6	5		4	4,67	6	3	2,5	4,67	4	3	5,33	6	4,51
		Intenção espacial	8	4	7	5,5	5	6	8	5,5	8	7	8	7	8	6,69
		Acesso a níveis no espaço	6,5	5	7	7	4	5	2	4	5	5	3	3	7	4,88
		Consciência dos limites do corpo no espaço		7			7	5	7	4	6		6,5	3,67		5,77
		Média do sub-domínio:	6,8333	5,25	7	5,5	5,168	5,5	5	4	5,918	5,333	5,125	4,75	7	5,57
	Fitness e coordenação	Energia	6	5	4	3	3	5	3	3	5	5	7	4	5	4,46
		Força														
		Flexibilidade														
		Média do sub-domínio:	6	5	4	3	3	5	3	3	5	5	7	4	5	4,46
	Relaxação	Imobilidade relaxado		8	6	2	8	7		1	1	7	8	7,5	8	5,77
		Respiração profunda, lenta e regular		9	3	1	8	2		1	3	3	8	8	7	4,82
		Libertação da tensão física		5	7	4	6	6		7	7	9	9	8	7	6,82
		Libertação da tensão psicológica		4	7	6	5	7		3	5	8	8	6	8	6,09
		Média do sub-domínio:	0	6,5	5,75	3,25	6,75	5,5	0	3	4	6,75	8,25	7,375	7,5	5,88
	Média do Domínio Físico															4,87
Cultural	Experiência de diversão, prazer e satisfação	Nível de envolvimento	7	7	7	5,5	7	5	5	6	7	4	9	7	5	6,27
		Nível de entusiasmo	7	7	5	7	5,5	5,5	4,5	4	6,5	5	8	5,5	4,5	5,77
		Sorriso	4	7	6	6	5	7	5	2	6	4,5	7	6	6	5,50
		Confortável com o seu corpo	5	5	6	5	4	5	6	6	6		3	7	6	5,33
		Comunicação verbal/vocal	9	6	5	1	7	4,5	9	1	5	5	9	9	9	6,12
		Acesso à ludicidade	4	5,5	6	7	5	5,33	5	4	5	5,33	5	4	6,5	5,20
		Média do sub-domínio:	6	6,25	5,8333	5,25	5,583	5,3883	5,75	3,833	5,917	4,766	6,833	6,417	6,167	5,69
	Estimulação da criatividade e do sentido estético	Conexão entre as sensações corporais, sentimentos, pensamentos e imaginação	5	4	5,5		3	5,5	3	2	4		5	6,5	4	4,32
		Expressão da criatividade	3	5,5	5	3	3	3	2	3	4		5	3		3,59
		Experiência de enriquecimento estético através da experiência de movimento						2								
		Fazer uma decisão estética	4	4	3		3	2	2	2	3		5	7	3	3,45
		Média do sub-domínio:	4	4,5	4,5	3	3	3,125	2,333	2,333	3,667	0	5	5,5	3,5	3,42
	Conhecimento, diversidade e património	Novos conhecimentos, ideias ou habilidades														
		Valorização da diversidade e diferença de expressão cultural														
		Estimulação do sentimento de pertença a um passado partilhado (cultura)		7		4	6	4		4	6			6		5,29
		Média do sub-domínio:	0	7	0	4	6	4	0	4	6	0	0	6	0	5,29
	Média do Domínio Cultural															4,80
Emocional	Expressão emocional e regulação	Capacidade de identificar e expressar os seus sentimentos/estados emocionais	7	7	7	3	7,5	7	8	2,5	8	8	8	8	8	6,85
		Estado de humor apropriado	7	5	7	7	7	7	7	5	7	4	7	7	7	6,46
		Regulação da expressão emocional	7	6		5	5	6	5	2	5	4	7	6	5	5,25
		Energia sintonizada adequadamente com a atividade	8	6	6,5	5	4	5	6	3,5	6	5	6	6	4	5,46
		Expressão de sentimentos e emoções adequadas às atividades	6,5	7		5	6		7		7		7	7	7	6,61
		Capacidade de tolerar a frustação	8	8	5		7	8	8	8	7,5		8	8	8	7,59
		Orientação para a realidade	7	7,5	5		6	5	7	4	6,5		8	8	8	6,55
	Média do Domínio Emocional		7,2143	6,6429	5,0833	5	6,071	6,3333	6,857	4,167	6,714	5,25	7,286	7,143	6,714	6,19
		Indicação de preferências e escolhas: fazer escolhas	7	5,5		7	6	4	5	4	7		8	7	6	6,05
		Iniciativa independente de uma ação ou atividade	6	7	8,5	4,5	9	6	5	4	6	4	9	2	5	5,85

Cognitivo	Iniciativa	Liderar, apropriar-se de uma atividade	4	7	6		5	4	4	3,5	6		6	6	7	5,92
		Confiança na expressão do Eu	6	7	7	7	7	7	6	5	7	5	7	7	4	6,31
		Capacidade de refletir sobre as experiências e dá-las a entender através de comunicação não vocal, vocal e verbal														
	Média do sub-domínio		5,75	6,625	7,1667	6,1667	6,75	5,25	5	4,125	6,5	4,5	7,5	5,5	5,5	5,87
	Memória															
	Função executiva															
	Média do sub-domínio															
	Média do Domínio Cognitivo															
Interpessoal	Relação	Comunicação verbal/vocal expressiva	8	7	6	2	7	6	8	3	7	4	8	8	4	
		Comunicação verbal/vocal adequada/apropriada	7	8	7	3	7	7	9	5	8	3	9	9	4	
	Média do sub-domínio:		7,5	7,5	6,5	2,5	7	6,5	8,5	4	7,5	3,5	8,5	8,5	4	6,31
	Conexão	Foco na atividade	8	8	6	5	6,5	7	6,5	5	7	5	8	8	5	
		Energia sintonizada adequadamente com a atividade	7	6	6,5	5	4	5	6	3,5	6	5	6	6	4	
	Média do sub-domínio:		7,5	7	6,25	5	5,25	6	8,25	4,25	6,5	5	7	7	4,5	5,96
	Média do Domínio Interpessoal															

Anexo J - Fotografias dos projetos Dança & Gira e Aventur.ar.te